



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Discentes:

Gilda Pimentel

Nivaldo Castro

Telma Duarte

A Tuberculose e a Sociedade: Educação para a Saúde/Promoção de Saúde uma estratégia para controlo da doença.

Mindelo, Julho de 2013

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Discentes:

Gilda Pimentel

Nivaldo Castro

Telma Duarte

A Tuberculose e a Sociedade: Educação para a Saúde/Promoção de Saúde uma estratégia para controlo da doença.

Orientador:

Dr. Luís Alberto Flores Roque

Mindelo, Julho de 2013

Depois de escalar uma montanha muito alta,
descobrimos que há muitas outras montanhas por escalar...”

(Nelson Mandela)

Resumo

A Tuberculose é uma doença transmissível por via aérea e é apontada como estando na origem de várias mortes nos países em vias de desenvolvimento. Estudos sobre a doença no geral têm revelado que é importante considerar a dimensão social das questões ligadas à saúde, algo que pode ajudar na prevenção e tratamento de doenças como a Tuberculose (TB). Neste trabalho desenvolvemos um estudo em São Pedro, uma aldeia piscatória da ilha de São Vicente, que fica a 7 km a sudoeste da cidade do Mindelo, capital da ilha. Com este estudo procuramos captar os conhecimentos que a população da comunidade tem sobre a TB.

Trabalhando nessa comunidade, constatamos que os indivíduos sentem a necessidade de conhecer a doença em estudo. E com o resultado extraído do questionário, fizemos uma intervenção comunitária, com o objectivo de transmitir a comunidade conhecimentos sobre a TB. No que diz respeito à metodologia, trabalhamos com uma abordagem qualitativa, as técnicas de recolha de dados incluíram a pesquisa bibliográfica e um questionário que foi direccionado a população residente na comunidade. A amostra constituiu de 180 pessoas residentes na comunidade.

Sobre a prevenção e a promoção da saúde (PS), deve-se atentar para a Educação para a Saúde (EpS) como um alicerce da atenção básica, que promove uma melhor apreensão dos usuários, da comunidade acerca dos termos *saúde* e *doença* e, ainda lhes oferece subsídios para adoptarem novos hábitos de vida e medidas de saúde.

Percebe-se que trabalhar EpS é ter a consciência de que a comunidade, a família e/ou indivíduos devem participar activamente nas acções de prevenção e promoção da saúde. Nesse contexto encontram-se inseridas as acções de EpS no combate à TB. O trabalho feito na comunidade traz importantes contributos para a saúde na medida em que explora o conhecimento da comunidade em termos da doença, proporcionando ao enfermeiro o acto de cuidar e educar e na forma de ajudar no controlo da doença.

As constatações do trabalho nos levam a conclusão de que a falta de conhecimentos sobre a TB determina os seus comportamentos. Mais ainda, se reflectem na forma como os mesmos se posicionam em face ao risco de contrair a doença.

Palavras – chave: Enfermeiro, Educação para a Saúde/Promoção de Saúde, Tuberculose, Comunidade.

Abstract

Tuberculosis is a disease transmitted by air and is aimed to be the cause of several deaths in developing countries. Studies on the disease in general have shown that it is important to consider the social dimension of health issues, something that can help in the prevention and treatment of diseases such as tuberculosis (TB). In this work we developed a study in São Pedro, a fishing village on the island of São Vicente, which is 7 km southwest of the city of Mindelo, the island's capital. With this study we aimed to capture the knowledge that the population of the community has about TB.

Working in this community, we demonstrated that individuals feel the need to know the disease under study. And with the result extracted from the questionnaire, we did a community intervention, in order to convey the community knowledge about TB. Regarding the methodology, we work with a qualitative approach, the techniques of data collection included a literature search and a questionnaire targeted the resident population in the community. The sample consisted of 180 people living in the community.

On prevention and health promotion (HP), attention should be paid to Health Education (HE) as a foundation of basic care, which promotes a better understanding of the users, of the community about the terms health and disease, and also gives them subsidies to adopt new habits and health measures.

We realize that working HE is to be aware that the community, the family and / or individuals should actively take part in measures to prevent and health promotion. In this context are inserted actions of HE, to combat TB. The work done in the community brings important contributions to health in that it explores the knowledge of the community in terms of disease, providing the nurse the act of caring for and educating and how to help in the control the disease.

The findings of the study lead us to the conclusion that the lack of knowledge about TB determines their behavior. Moreover, the findings of TB are reflected in how they position themselves in relation to the risk of contracting the disease.

Key-words: Nurse, Health Education / Health Promotion, Tuberculosis, Community.

Agradecimentos

Aos que contribuíram com nosso crescimento pessoal e profissional agradecemos:

A Universidade do Mindelo/ESEL, pela abertura do Curso de Licenciatura em Enfermagem, pela qual expressamos os mais sinceros agradecimentos.

A DEUS, nosso cuidador, pela sua infinita bondade e por estar sempre do nosso lado guiando e iluminando nossos caminhos.

A Comunidade de São Pedro, pela excelente colaboração, porque sem essa colaboração esse estudo não teria sido possível.

A Enfermeira Aleida Fortes, da Delegacia de Saúde de São Vicente pela sua colaboração a quando da intervenção comunitária.

Aos Pais, não temos palavras para expressar tamanho sentimento, pois de vocês recebemos o dom mais precioso: A VIDA! Trabalharam dobrado, sacrificando em nosso favor. Não foram apenas pais, mas amigos e companheiros; vocês ao nos proporcionar o estudo abriram as portas do nosso futuro, iluminando-o com a luz mais brilhante que puderam encontrar: O AMOR!

Aos Professores, que nos fizeram crescer e acreditar que muita coisa é possível, nos tornando tão grandes quanto nossos sonhos. Em especial a coordenadora do curso Mestre Rosemeire Ambrozano.

O Orientador, professor Dr. Luís Roque, pela dedicação e apoio durante esta trajetória, compartilhando conhecimento e experiência.

Aos Amigos e Amores, por compreenderem nossos momentos de cansaço, irritação e ausência, nos apoiando com paciência e companheirismo. Vocês se fizeram presentes nesta fase tão importante das nossas vidas.

Sumário

0 - Introdução.....	1
1 - Revisão da literatura	3
1.1 - Tuberculose (TB)	3
1.1.1 - Capacitação dos profissionais de saúde.....	8
1.1.2 - Orientação ao profissional de saúde.....	8
1.1.3 - Orientação ao utente	9
1.1.4 - Conduta frente ao sintomático respiratório	9
1.1.5 - Formas Clínicas.....	10
1.1.5.1 - Forma Pulmonar.....	10
1.1.5.2 - Forma Extrapulmonar (TEP).....	12
2 - O Enfermeiro e a Comunidade.....	14
3 - Educação em saúde e seus enfoques.....	16
3.1 - Educação Individual	16
3.2 - Educação em grupo.....	17
3.3 - Educação em massa	17
3.4 - A Enfermagem no Controlo da Tuberculose (TB)	18
3.5 - Contribuição da Enfermagem na Redução da Incidência da TB	21
4 - Educação para a Saúde e Promoção de Saúde	24
4.1 - Educação para a saúde.....	24
4.2 - Promoção de Saúde (PS)	26
5 - Metodologia.....	30
5.1 - Tipo de estudo.....	30
5.2 - População e Amostra	30
5.3 - Técnica e instrumento de recolha de dados	31
5.4 - Validação do Instrumento de Recolha de Dados	32
5.5 - A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados	32
5.6 - Tratamento de dados.....	33
6 - Análise dos dados.....	33
6.1 - Breve caracterização da comunidade de São Pedro	55
6.2 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados.....	56
6.3 - Constatações dos gráficos.....	56
6.4 – Relatório (actividades desenvolvidas na comunidade).....	57
6.4.1 - Actividades desenvolvidas	58

6.5 - Sessões de Educação para a Saúde	60
7 - Considerações finais.....	62
8 - Referências Bibliográficas	64
9 - Índice de anexos.....	67
Anexo I – Questionário aplicado na comunidade	68
Anexo II - Consentimento Livre e Esclarecido	70
Anexo III – Tabelas do questionário	71

ABREVIATURAS / SIGLAS

ACD-SP: Associação Comunitária para o Desenvolvimento de São Pedro

BAAR – Bacilo Álcool-Ácido Resistente

BCG – Bacilo Calmette Guérin

BK- Bacilo Koch

CS – Centro de Saúde

EpS – Educação para a saúde

HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana

OMS- Organização Mundial da Saúde

PCT – Programa de controlo da Tuberculose

PNLCT - Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose

PS – Promoção Saúde

SIDA – Síndrome de imunodeficiência adquirida

SP- São Pedro

SPSS -*Statistical Product and Service Solutions*

SR – Sintomáticos Respiratórios

TB – Tuberculose

TCC – Trabalho de Conclusão da Curso

TDO – Tratamento Directo Observado

TEP – Tuberculose Extrapulmonar

TP – Tuberculose Pulmonar

WHO – *World Health Organization*

0 - Introdução

Este Trabalho de Conclusão de Curso intitulada “**A Tuberculose e a Sociedade: Educação para a Saúde/Promoção de Saúde uma estratégia para controlo da doença**”, constitui um requisito final para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. O mesmo tem como objectivo principal captar os conhecimentos que a população da comunidade de São Pedro tem em relação a Tuberculose.

A Tuberculose (TB) é uma das principais causas da morbilidade e mortalidade a nível mundial. Apesar dos esforços e das estratégias definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), persistem atrasos no diagnóstico efectivo e na iniciação do tratamento. A TB é uma doença infecto-contagiosa grave que abrange principalmente países subdesenvolvidos. Declarada pela OMS, um problema emergencial de saúde pública. Mediante a complexidade do assunto, este estudo objectivou levar conhecimento sobre a TB para a comunidade de São Pedro.

A TB continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Apesar de já existirem recursos tecnológicos capazes de promover seu controlo, ainda não há perspectiva de obter-se, num futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública, a não ser que novas vacinas ou medicamentos sejam desenvolvidos.

Ao longo dos anos, os cuidados que os enfermeiros prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas e visam um ou mais objectivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença. Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais ao longo do ciclo de vida das pessoas, os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades.

A Promoção da Saúde (PS) é uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida das populações. A Educação para a Saúde (EpS), numa acção essencialmente voltada para a PS, desempenha um papel fundamental na capacitação dos indivíduos para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, e consequentemente na obtenção de ganhos em saúde. A possibilidade de ocorrerem transformações sobre as condições de vida e de saúde nas comunidades depende do acesso a determinadas formas de conhecimento, e a EpS tem um papel significativo face à melhoria das condições de vida e de saúde das populações.

Neste Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvemos um estudo que procura captar os conhecimentos que a população da comunidade em estudo tem sobre a TB. Trabalhando na área de São Pedro, ilha de São Vicente, constatamos que os indivíduos sentem a necessidade de conhecerem a doença. Por isso fizemos uma intervenção comunitária, para leva-los a ter um conhecimento mais vasto sobre a TB.

As nossas preocupações centrais se orientam para a captação da interpretação que os indivíduos dão a TB dentro do contexto específico em que estão inseridos e em virtude da experiência prática de interacção com a doença no quotidiano. A análise centra-se ao redor dos conhecimentos que tem sobre a TB. Nessa ordem de ideias traçamos o problema de estudo através da seguinte questão de partida: Será que a Sociedade está consciente da problemática da TB?

O objectivo geral da pesquisa visou proporcionar que as pessoas e a comunidade em geral se tornem agentes multiplicadores da EpS e PS, através de processos de sensibilização, comprometimento e consciência, possibilitando um exercício pleno da cidadania com melhoria na qualidade de vida e aperfeiçoamento dos instrumentos reivindicatórios e de controlo social na gestão da saúde da comunidade e dos estilos de vida. Nos objectivos específicos visou enriquecer os conhecimentos dos residentes da comunidade com a exploração do tema TB; Promover hábitos e atitudes voltados para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida do cidadão; Transmitir conhecimentos sobre o conceito de TB, sensibilizando esta população a tomar as medidas preventivas; Estimular a comunidade a participar nas actividades desenvolvidas; Satisfazer as necessidades de informação e ensino destes utentes/famílias/ pessoas de referência, otimizando as suas capacidades como parceiros na continuidade de cuidados; Sensibilizar as pessoas sobre a incidência da TB e terem em atenção aos possíveis sinais de alerta.

1 - Revisão da literatura

1.1 - Tuberculose (TB)

A TB é ainda hoje, um grave problema da saúde pública em todas as regiões do mundo (Murray e Lopes, 1996). Por isso, torna-se relevante conhecer essa doença para melhor cuidar e ajudar no tratamento.

Esta patologia continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade, afectando sobretudo populações na idade mais produtiva da vida com importantes problemas socioeconómicos. BRASIL. Ministério da Saúde (2002)

É uma doença de conhecimento mundial que há séculos perpetua na história da humanidade atravessando continentes e gerações, demonstrando sua força, potencialidade de contaminação e resistência ao longo dos anos. (REDE TB, 2010).

É causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena. Há mais de três mil anos essa bactéria acomete de maneira crescente a população mundial. Na década de 1990, a TB foi considerada como problema de saúde de emergência global pela OMS, tendo em vista o aumento da incidência e da mortalidade por uma doença tratável e curável. Ferreira, Glasenapp, Flores (2011:23)

A patologia da TB é de carácter infeccioso e contagioso, causado por um micro organismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido por bacilo de Koch (BK), nome dado em homenagem ao seu descobridor, o alemão Robert Koch em 1882. O BK propaga-se através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um utente com TB pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção da TB e o risco de desenvolver a doença. Brasil. Ministério da Saúde (2002:9)

A propagação da TB está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolífera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, etc.

Esta infecção pode ocorrer em qualquer idade. Mas, nem todas as pessoas expostas ao BK se tornam infectadas. A probabilidade que a TB seja transmitida depende de alguns factores:

- Da contagiosidade do caso índice (doente bacilífero fonte da infecção);
- Do tipo de ambiente em que a exposição ocorreu;
- Da duração da exposição. (*ibidem*)

O BK penetra no organismo, por inalação, através das vias respiratórias atingindo os pulmões. A partir da lesão primária no pulmão, o BK dissemina-se pelo corpo pela via hematogénica, linfática ou através dos brônquios (Barreto, 2012:5). Complementam Júnior, Ailton; Silva, Cláudia; Moura, Edílson (2006:44), que a fonte de infecção habitual é o indivíduo com forma pulmonar da TB, eliminando BK para o exterior. A capacidade do bacilo se transmitir para uma outra pessoa a partir de um utente é consequência do estado bacteriológico deste:

- **Utentes bacilíferos (B+)** – a baciloscopia do escarro é positiva;
- **Utentes não-bacilíferos** – a baciloscopia do escarro é negativa e a cultura pode ser positiva (C+) ou negativa (C-).

Calcula-se que, durante um ano, numa comunidade, uma fonte de infecção poderá infectar, em média, de 10 a 15 pessoas que com ela tenham tido contacto. As principais características de um utente que infecta uma outra pessoa susceptível podem ser as seguintes:

- **Utente com a forma pulmonar da doença** – o mais importante é o bacilífero;
- **Intensidade do contacto** – proximidade, continuidade, ambiente desfavorável;
- **Bacilos depositados em roupas, copos, etc.** não têm importância na transmissão.

A intensidade do contacto é uma das condições que fazem com que a TB esteja associada à população de baixa renda. Nessa camada social, famílias numerosas convivem muito próximas em casas pequenas, mal ventiladas e húmidas.

Segundo o conselho internacional das enfermeiras (2008:12), os factores de risco combinados com os sintomas da TB são fortes indicadores para avançar ainda mais com o diagnóstico e detecção precoce da doença. Alguns dos principais factores de risco da TB incluem:

- História de TB, pessoal ou entre amigos ou família;
- Imunidade comprometida devido a doença, por ex. infecção por HIV;
- Migração de um país com elevada incidência de TB;
- História de uma viagem para uma área com uma elevada incidência de TB;
- Abuso de álcool e/ou drogas;

- Malnutrição;
- Sem-abrigo.

Normalmente, e na ausência de resistência aos fármacos, o utente deixa de ser contagioso nas primeiras semanas. Entretanto deve cobrir a boca quando tossir e usar máscara em ambientes fechados. No tratamento de utente com TB, durante o período em que pode transmitir o bacilo, é recomendada como boa prática a utilização de quartos individuais. Quando não é possível cuidar dos utentes com TB em quartos separados, pode-se reduzir o risco de transmissão mantendo janelas abertas a maior parte do tempo possível, permitindo uma boa ventilação, pois o risco de um indivíduo susceptível contrair a infecção está intimamente ligado à densidade bacilar no ar respirado e também ao tempo de exposição a esse ar. A ventilação é importante para reduzir as concentrações de partículas infecciosas suspensas no ar. Estas partículas infecciosas, quando expostas aos raios ultravioletas de luz solar, morrem rapidamente.

Segundo Chin (2001), o período de incubação é de aproximadamente 2 a 10 semanas e a ocorrência se dá desde o momento da infecção até a descoberta da lesão primária ou reacção tuberculínica significativa. Em teoria, o mesmo autor ressalta que o período de transmissão da doença compreende todo tempo em que o utente expulsa o bacilo da TB através do escarro, sendo que, em alguns casos, os utentes não tratados ou tratados de maneira inadequada podem expulsar intermitentemente os bacilos durante anos.

A transmissão da doença faz-se, na maioria das vezes, de indivíduo para indivíduo através da via inalatória, devendo-se no entanto considerar também como portas de entrada a via digestiva e a via cutânea.

Estas gotículas formam-se quando um utente infectado tosse, espirra ou fala. As gotículas secam rapidamente, transformando-se em núcleos que transportam o BK e podem ficar suspensos no ar durante várias horas, sobretudo em ambientes fechados. Ocorre a infecção da TB se, ao inalar esses núcleos, o BK se instalar nos pulmões do utente e começar a multiplicar-se.

A transmissão depende sobretudo dos utentes com BK positivo e está relacionada com:

- O grande número de bacilos eliminados pelos utentes e detectados em exame bacteriológico directo (casos com baciloscopia positiva);
- A virulência e a capacidade de multiplicação do bacilo;
- A densidade do bacilo no ar respirado;
- Ambiente pouco ventilado;

- Contacto com os casos de bacilíferos (sobretudo contactos permanentes).

A estes factores são de se acrescentar ainda a migração e urbanização selvagem, a promiscuidade, a insalubridade, a pobreza e as doenças concomitantes e infecções, nomeadamente VIH/SIDA. Barreto (2012:5).

A propagação da TB está intimamente ligada às condições de vida da população e se constitui em um problema de saúde pública porque essa interacção leva a um aumento dos casos em populações desfavorecidas economicamente. Além da presença obrigatória do *M. tuberculosis*, existe evidentes factores socioeconómicos determinando o adoecimento da população. Em função da transmissão por via respiratória, a forma clínica pulmonar é a mais importante do ponto de vista epidemiológico. Ferreira, Glasenapp, Flores (2011:26)

Na grande maioria dos casos, a TB é um problema que pode ter a sua resolução na EpS e PS, e equipas de saúde capacitadas podem interferir positivamente nesse problema de saúde, através da investigação dos Sintomáticos Respiratórios (SR), do diagnóstico precoce, do tratamento com esquema básico descentralizado, do acompanhamento do utente com TB e de seus contactos, facilitando o acesso (porta de entrada do sistema) e diminuindo a taxa de abandono do tratamento. Ferreira, Glasenapp, Flores (*Ibidem*)

As melhores medidas de prevenção e de controlo da TB são o diagnóstico precoce e o tratamento do utente até a cura. Outras medidas de prevenção importantes incluem a vacinação Bacilo de Calmette Guérin – BCG (a todos os recém nascidos), desenvolvida na França entre 1908 e 1921, o tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* e o controlo de contactos.

Segundo Júnior, Silva, Moura (2006:29), o pilar estratégico para a prevenção da TB é a atenção primária à saúde. Nesse contexto, referem que a prevenção visa à realização de intervenções de modo a alcançar indivíduos, grupos sociais em risco de adoecer ou a sociedade em geral, como a melhoria das condições de vida e maiores investimentos em saúde pública.

No caso da TB, temos dois tipos de intervenções – no nível individual e social:

- Descoberta de casos e tratamento (medida mais eficaz);
- Vacinação (BCG);
- Quimioprofilaxia.

Entre as intervenções preventivas gerais, temos:

- Acções educativas visando à divulgação das condicionantes da doença (processo de informações, educação e comunicação);
- Medidas de biossegurança que são medidas de controlo da transmissão da TB, em unidades de saúde, preconizados pela OMS.

A vacina BCG exerce notável poder protector contra as manifestações graves da primo-infecção, como as disseminações hematogénica e a meningoencefalite, mas não evita a infecção TB. A protecção se mantém por 10 a 15 anos. A vacina BCG não protege os indivíduos já infectados pelo *M. tuberculosis*. Por isso, nos países com elevada prevalência de infecção da TB, as crianças devem ser vacinadas o mais cedo possível, após o nascimento. (*Ibid:31*)

A quimioprofilaxia deve ser administrada em utentes, com o uso da isoniazida na dosagem de 10 mg/kg de peso, com total máximo de 300 mg diariamente, durante seis meses.

Na actualidade, há consenso de que a quimioprofilaxia deve ser dirigida aos grupos de alto risco da TB, entre eles, especialmente os coinfectados pelo HIV e pelo *M. tuberculosis*. (*Ibid:35*)

A actividade de controlo de contactos é uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença activa, e deve ser instituída pelos programas de controlo da TB. Embora os contactos de utentes com TB bacilíferos ter maior risco de adoecimento, todos os contactos devem ser avaliados.

Nos serviços que já realizam controlo de contactos, esforços adicionais devem ser feitos para ampliação do cuidado entre os assintomáticos e também a instituição do tratamento da infecção latente (quimioprofilaxia secundária), quando indicado. Nestes casos, a unidade de saúde deve, além de garantir o acesso há anti-bacilares, criar condições operacionais para o adequado seguimento dessas pessoas, incluindo o manejo dos efeitos adversos, vigilância sobre faltosos, etc. Evangelista, Assis, Gomes (2011:25)

Todo ambiente onde circule utente que produza aerossóis contendo *M. tuberculosis* oferece algum risco de transmissão da doença. Destacam-se como foco das medidas de controlo de infecção o domicílio do utente, o local de trabalho e as unidades de saúde onde ele é atendido. Brasil (2010)

A avaliação dos SR, na demanda dos serviços deve fazer parte da rotina diária da unidade de saúde com o objectivo de identificar e atender os suspeitos da TB, o mais

rapidamente possível. Essa medida de controlo pode reduzir a exposição dos profissionais e de outras pessoas que circulam na unidade de saúde. Essa rotina deve:

- Incluir sala de espera para atender suspeitos, contactos e utentes com TB, preferencialmente aberta e bem ventilada;
- Evitar o acúmulo de utentes na sala de espera, estabelecendo o escalonamento das consultas ao longo do turno ou mesmo por meio de consultas com hora marcada ou escalonadas;
- Evitar atendimentos de utentes sob suspeita da TB em salas contíguas com outros utentes portadores de imunossupressão;
- Priorizar o atendimento dos SR nas Unidades de Saúde;

Uma vez diagnosticada a TB, deve-se iniciar imediatamente o tratamento directamente observado (TDO). Evangelista, Assis, Gomes (2011:30)

1.1.1 - Capacitação dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde devem receber, por ocasião de sua admissão e periodicamente, orientação adequada sobre o controlo da TB, incluindo o conhecimento sobre as áreas de risco da unidade, as medidas de controlo e a respeito de sua participação na implantação. Nessa capacitação, orientá-los sobre as acções da TB na triagem e na avaliação dos suspeitos na unidade de saúde. (*Ibid*:31)

1.1.2 - Orientação ao profissional de saúde

É importante destacar que a adopção das medidas de precaução deve estar sempre associada com outras medidas preventivas, como:

- Frequente higienização das mãos (com água e sabão ou sabonete ou com preparações alcoólicas);
- Utilização de equipamentos de protecção individual – quando indicado; e
- Orientação dos utentes na adopção de medidas de etiqueta respiratória, protegendo com lenço ao tossir ou espirrar durante espera pelo atendimento (consulta, entrega de exames) e realização da higienização das mãos após a colecta de escarro.

1.1.3 - Orientação ao utente

- Os utentes devem ser informados sobre a transmissão do *M. tuberculosis* e orientados a cobrir a boca e o nariz ao tossirem ou espirrarem, utilizando preferencialmente lenço descartável ou máscaras cirúrgicas para reduzir a geração de partículas infectantes no ambiente.

O risco de transmissão da doença pode ser minimizado por meio de medidas de higiene e etiqueta respiratória:

- Utilizar lenço descartável para higiene nasal;
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir;
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar e/ou após a colecta de escarro.

1.1.4 - Conduta frente ao sintomático respiratório

Na unidade de saúde o enfermeiro deve realizar e/ou orientar as seguintes acções:

- Anotar correctamente os dados do utente no livro de registo de SR da unidade de saúde, no momento da identificação;
- Providenciar pote de colecta de escarro transparente, de boca larga e tampa com rosca;
- Solicitar duas amostras de escarro: a primeira por ocasião da identificação do utente, a fim de garantir a realização imediata do exame baciloscópico (o utente não necessita se encontrar em jejum); e a segunda amostra será colectada no dia seguinte, ao despertar, independentemente do resultado da primeira;
- Organizar o fluxo de encaminhamento do material colectado para o laboratório, conforme a possibilidade de cada serviço de saúde. É importante lembrar que é responsabilidade do serviço o encaminhamento das amostras;
- Se necessário, prever caixa térmica refrigerada para possibilitar a boa conservação da amostra de escarro, durante o transporte para o laboratório;
- Identificar a requisição do exame adequadamente, incluindo o nome completo do utente, data de nascimento, endereço e telefone para contacto. A identificação do escarro deve constar no corpo do pote e não na tampa;
- Estabelecer fluxo de encaminhamento do utente na unidade de saúde para conduta nos casos positivos e negativos à baciloscopia.

Após esses procedimentos, o usuário deverá ter seu agendamento de retorno assegurado para o recebimento dos resultados das baciloscopias. (*Ibid*:42)

O êxito na luta contra a TB exige uma cooperação estreita entre as autoridades governamentais e todos os trabalhadores da Saúde dos diferentes níveis. Ademais devem participar na luta contra a TB, as associações de portadores e os trabalhadores da Saúde comunitária, os grupos religiosos, os partidos políticos, assim como outros representantes das comunidades.

Deve-se insistir no facto de que a doença é curável em 100% e que não há razão alguma para que exista medo na comunidade.

O objectivo principal da detecção no controlo da TB é identificar e curar as fontes de infecção na comunidade e explicar às pessoas como os bacilos se propagam. Logo a detecção e o tratamento diminuem o sofrimento e evitam a morte por TB se são aplicados correctamente.

A associação medicamentosa adequada, as doses correctas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o adequado tratamento, evitando a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos, assegurando, assim, a cura do utente. A esses princípios soma-se o TDO como estratégia fundamental para assegurar a cura do utente.

O tratamento dos bacilíferos é a actividade prioritária de controlo da TB, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão. Evangelista, Assis, Gomes (2011;59)

1.1.5 - Formas Clínicas

1.1.5.1 - Forma Pulmonar

A TB primária corresponde aos casos em que o sistema imunológico do indivíduo, após ter tido contacto com o BK, não consegue conter a primo-infecção permitindo então o desenvolvimento da doença tempo depois. Na TB pulmonar ocorre uma inflamação do tipo exsudativa que se instala inicialmente nos alvéolos provocando dilatação dos capilares, tumefacção das células endoteliais e do revestimento alveolar, fibrose e calcificações pulmonares. Acomete principalmente crianças e adolescentes, sendo geralmente mais comum em países onde não há medidas adequadas de controlo. Pode apresentar-se de forma aguda ou grave podendo a criança apresentar manifestações clínicas de irritabilidade, tosse, febre baixa, sudorese nocturna, perda de peso, tendo duração média dos sintomas de duas semanas.

Segundo Kritski, Conde e Souza (2005), a TB secundária é mais comum em jovens e adultos com idade entre 20 e 30 anos, sendo a mesma, correspondente à reactivação de um foco infeccioso latente e antigo. O sintoma mais comum se dá inicialmente pela presença de tosse seca, apresentando posteriormente tosse produtiva e muco purulenta. Também se encontram presentes sintomas de febre, sudorese nocturna e emagrecimento. Exames bacteriológicos de cultura do escarro geralmente são os achados clínicos mais usuais para o diagnóstico da TB pulmonar. Para o mesmo autor a forma clínica pulmonar representa sem dúvida, a forma mais frequente e contagiosa de todas.

Diagnóstico da Tuberculose Pulmonar (TP)

A História Clínica: Apresenta sintomas e sinais sugestivos de TP, tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso, sudorese nocturna, dor torácica, dispneia e astenia;

Exame Bacteriológico: A Baciloscopia directa do escarro é método fundamental porque permite descobrir as fontes mais importantes de infecção os casos bacilíferos. Esse exame, quando executado correctamente, permite detectar de 70 a 80% dos casos de TP em uma comunidade.

A Baciloscopia directa do escarro deve sempre ser solicitada para:

- Utentes adultos que procuram o serviço de saúde por apresentarem queixas respiratórias ou qualquer outro motivo, mas que espontaneamente, ou em resposta ao pessoal de saúde, informem ter tosse e expectoração por três ou mais semanas;
- Utentes que apresentam alterações pulmonares na radiografia de tórax;
- Contactos de casos de TP bacilíferos que apresentam queixas respiratórias.

O exame directo de expectoração ao microscópio é a forma mais prática, rápida e segura de confirmação do diagnóstico de TB pulmonar. Todo utente com clínica sugestiva de TP deverá ser sujeito a um exame de expectoração antes de iniciar o tratamento.

Deve-se colher duas amostras seriadas de expectoração no espaço de dois dias consecutivos, como se segue:

Primeira amostra: colectada quando o SR procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a presença dele e garantir a realização do exame laboratorial. Não é necessário estar em jejum.

Segunda amostra: colectada na manhã do dia seguinte, assim que o utente despertar. Essa amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite.

A Cultura do BK

A cultura para o *M. tuberculosis* é indicado para:

- Os suspeitos de TP negativos ao exame directo do escarro;
- O diagnóstico das formas extrapulmonares como meningoencefálica, renal, pleural, óssea ou ganglionar;
- Os casos de suspeita de resistência bacteriana às drogas quando deve ser realizado o teste de sensibilidade;

Exame Radiológico

O diagnóstico radiológico da TP é inespecífico, porque várias doenças respiratórias podem assemelhar-se radiologicamente à TB e esta por sua vez poderá apresentar imagens radiológicas atípicas.

- O exame radiológico é auxiliar no diagnóstico da TB justificando-se sua utilização, se possível, nos casos suspeitos. É sempre indispensável realizar o exame bacteriológico para um diagnóstico correcto;
- O exame radiológico permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas da TB ou de outras patologias;
- O exame radiológico, em utentes com baciloscopia positiva, tem como função principal a exclusão de outra doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação da evolução radiológica dos pacientes, sobretudo naqueles que não responderam à quimioterapia.

1.1.5.2 - Forma Extrapulmonar (TEP)

De acordo com Barreira, Arakaki-Sanchez, Brito (2010), a TEP pode acometer vários órgãos do corpo, atingindo sistema nervoso central, sistema gastrointestinal, ganglionar, ósseo, cardíaco, urinário, entre outros, porém não transmite a doença. A forma pleural é a mais frequente delas e a pré-disposição para a doença é quase sempre a imunodeficiência. Contudo, portadores de HIV são mais predisponentes para a maioria das formas da TB. No diagnóstico deve constar a existência de pelo menos uma

cultura positiva de uma amostra extrapulmonar, ou a evidência histológica e/ou clínica de TB activa (não pulmonar), podendo ou não estar associado à forma pulmonar.

Santos e Beck (2009) explicam que por serem menos comuns e, devido também a abrangência de locais orgânicos envolvidos, as formas extrapulmonares são mais difíceis de serem diagnosticadas. Para as autoras, muitas vezes a dificuldade de acesso aos órgãos afectados propicia ao bacilo a vantagem de causar grandes estragos.

Diagnóstico da TEP

O diagnóstico deve basear-se em, pelo menos, confirmação microbiológica de presença de BK em fluido ou tecido biológico (baciloscopia ou cultura) ou alterações histológicas compatíveis ou clínica bastante sugestiva de TEP e decisão médica de se iniciar terapêutica anti-bacilares conforme recomendações nacionais.

Para além dos sintomas inespecíficos (febre, sudorese nocturna, perda de peso, anorexia), é frequente os utentes com TEP apresentarem sintomas específicos, que dependem de cada órgão ou sistema comprometido. Portanto, existe uma grande variedade de apresentação clínica da TEP.

Ainda a história clínica actual e do exame físico, o diagnóstico da TEP deverá ser fundamentado nos seguintes métodos:

Noção de contágio

- Contacto domiciliário com adulto com TB nos últimos 2 anos;
- TB pulmonar no passado;
- Viver em área com alta prevalência de TB.

Imagiologia

O estudo da imagem traz informações importantes para o estabelecimento do diagnóstico, embora em nenhuma de suas localizações haja padrões imagiológicos específicos. Ainda assim, independentemente da localização extra pulmonar da TB, a radiografia de tórax é um dos exames mais importante a ser realizado, visto que a evidência de lesões pulmonares sugestivas de primo-infecção constitui mais um dado para o diagnóstico.

2 - O Enfermeiro e a Comunidade

Inicialmente, o foco dos cuidados na comunidade incidia sobre os indivíduos doentes; segundo HANSON (2001:371) *“a família era a fonte dos cuidados para membros doentes. Geralmente os cuidados eram prestados nas casas dos doentes e as enfermeiras eram chamadas enfermeiras “visitadoras”*.

Em meados do século XIX, a importância da PS e da prevenção da doença começou a ser reconhecida.

“As enfermeiras de saúde na comunidade, ou enfermeiras “visitadoras” alargavam os seus papéis, para incluírem a educação para a saúde, bem como os cuidados a doentes, e para que estes funcionassem eficazmente, orientaram os seus cuidados não só para indivíduos, mas também para as famílias” (GARDNER, 1928; RUE, 1944).

Ao longo dos anos, os cuidados que os enfermeiros prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas e visam um ou mais objectivos fundamentais desta profissão: a EpS, a PS, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais ao longo do ciclo de vida, os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades. As suas responsabilidades e actividades dependem, contudo, de factores como a sua área de actuação, sua categoria profissional e a entidade para a qual trabalham.

Também é do seu âmbito profissional, planear e realizar intervenções de enfermagem, tais como a promoção e ensino dos cuidados de higiene/saúde, a promoção do desempenho parental, a promoção da adesão ao regime terapêutico (principalmente em doentes crónicos) e a promoção de acções educativas no âmbito de cuidados preventivos de saúde.

As intervenções de enfermagem próprias da área da saúde comunitária visam sobretudo, prevenir e combater situações de risco relacionadas com cuidados de saúde primários (hábitos alimentares, de higiene, vacinação, etc.). Desenvolveram-se actividades inerentes à planificação das políticas e estratégias de saúde local (que tem como objectivo a melhoria da qualidade de vida das populações) e promovem-se estudos epidemiológicos.

A actividade dos enfermeiros especialistas nesta área pode ser desenvolvida em hospitais, centros de saúde, jardins, escolas, lares de idosos, empresas, prisões, domicílios e comunidades, tendo como alvo determinados grupos populacionais, tais como crianças, idosos, grávidas, toxicodependentes, indivíduos com patologia

oncológica, grupos de risco, habitantes de zonas degradadas, indivíduos com doenças transmissíveis e trabalhadores de empresas particularmente geradoras de doenças profissionais e/ou acidentes de trabalho, entre outros.

“Tendo em conta as diversas actividades que podem desempenhar, são muitas as capacidades exigidas a estes profissionais, ou seja é este o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.” (Ordem dos Enfermeiros)

O Enfermeiro na Enfermagem Comunitária transpõe os muros da instituição onde trabalha, para partilhar com a população, nos domicílios, nas escolas, nas empresas, o seu saber e o seu agir. Por isso, concorda-se com Lancaster (1999:4), quando afirma que *“Os papéis do enfermeiro comunitário são muito variados e são um desafio”*.

O envolvimento e a participação da comunidade na PS são hoje considerados um processo estratégico pela OMS. Muitos estudos mostram que a melhoria da saúde e qualidade de vida de uma população dependem, em larga medida, da oferta de canais e formas de participação activa dos cidadãos para resolver os seus problemas e necessidades.

3 - Educação em saúde e seus enfoques

Quando se fala em EpS na maioria das vezes, as pessoas pensam em cuidados pessoais que objectivam evitar doenças, parecendo que a saúde em si se revela em um problema individual podendo ser resolvido apenas pela educação das pessoas. Atenta-se que nessa vertente a EpS seria vista como uma maneira de se obter mudança de algumas características individuais como a falta de higiene, alimentação, enfim, a não obediência aos cuidados preventivos importantes e necessários para a promoção em saúde, segundo Lima (1996).

Outra ideia vinculada é que a EpS seja apenas uma responsabilidade dos profissionais de saúde aos quais cabe levar a informação correcta para que estes indivíduos alterem seus estilos de vida para serem mais saudáveis (*ibidem*).

Destaca ainda, que ao longo do tempo, a EpS trouxe em sua prática uma maior influência das acções médicas, focalizada apenas na parte utente se esquecendo da ideia da pessoa como um todo, precisando ser atendida e mudada para uma perspectiva para uma área temática integrando a ciência social e as ciências da saúde envolvendo profissionais com formações distintas, num trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo.

Pereira (2003), ressalta que EpS pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adopção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, a EpS não é nada mais que o pleno exercício de construção da cidadania.

3.1 - Educação Individual

A orientação individual é realizada durante a consulta de enfermagem, no primeiro contacto com o utente ou nas consultas subsequentes com base nos diagnósticos de enfermagem estabelecidos. Durante esta prática evidencia-se o estabelecimento de um vínculo entre o utente e o enfermeiro facilitando uma abordagem direccionada aos assuntos que este utente necessita e que, em diversas oportunidades, hesita em falar ou perguntar em público. É essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação de empatia e receptividade com o utente evitando realizar juízo de valores, facto que diminuiria a eficácia desta actividade.

Este método, conforme Silva (2004), é melhor para avaliar as necessidades básicas do utente, bem como dificuldades encontradas após o diagnóstico de alguma patologia ou condição de saúde.

3.2 - Educação em grupo

Silva (2004), refere que este método de ensino permite a interacção entre os indivíduos deste grupo e os membros da equipe de saúde tornando possível analisar as percepções e experiências de todos os membros do grupo. Deste modo, a EpS permite uma educação contínua, aumentando conseqüentemente, a interacção entre estes indivíduos e os profissionais de saúde.

Quando este grupo é estabelecido, por exemplo, por utentes que apresentam uma determinada condição clínica em comum, as acções educativas, colectivas compreendam em reuniões e cursos para grupos específicos como: de terceira idade, de gestantes, de hipertensos, de trabalhadores rurais, de alcoólicos anónimos, de escolares, de adolescentes e de grupos heterogéneos, como os que se encontram na sala de espera para consultas, etc., e esta troca de experiências individuais é um poderoso meio educativo, no qual a troca de soluções entre eles é sempre útil potencializando assim, adesão às terapêuticas medicamentosas e comportamentais necessárias.

3.3 - Educação em massa

Pode-se utilizar os meios de comunicação para mobilizar a opinião pública e sensibilizá-la para os problemas de saúde que afligem a população em carácter individual ou colectivo. As informações são transmitidas visando evitar situações susceptíveis a patologias, aumentar o conhecimento do público sobre doenças emergentes, orientar sobre campanhas de saúde, corrigir algumas crenças enraizadas na população, entre outras situações. Neste método se enquadram as palestras, orientações realizadas nos meios de comunicações (rádio e televisão), distribuição de folhetos, entre outras acções (SILVA, 2004).

3.4 - A Enfermagem no Controlo da Tuberculose (TB)

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que existem em maior número em qualquer parte do mundo, na maioria das áreas de cuidado de saúde, muitas vezes efectuam a maior parte do trabalho na EpS e PS.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer os utentes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à utentes dos cuidados de enfermagem. Ordem dos enfermeiros (2002;8)

O cuidar está intimamente ligado a questões como o processo de vida e de morte, a saúde, a doença, o bem-estar, o sofrimento, e por isso é importante perceber que estes variam de cultura para cultura e podem assim assumir diferentes significados. Deste modo, importa conhecer diferentes culturas e a própria profissão de enfermagem exige determinados comportamentos e atitudes relacionados com a responsabilidade de cuidar, a fim de encontrar estratégias para estabelecer uma verdadeira relação de ajuda.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do utente. (*Ibidem*)

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde. (*ibid*;9)

No que respeita a TB, os enfermeiros promovem a saúde de modo a prevenir, em primeiro lugar, que as pessoas fiquem vulneráveis à doença; previnem a doença ao reduzir a transmissão da TB na comunidade, encontrando e tratando os casos activos;

restabelecem a saúde garantindo que os utentes recebem o tratamento de que necessitam; e avaliam o sofrimento ao organizar o apoio para os utentes conforme as suas necessidades individuais.

O enfermeiro desempenha um grande papel nos programas de controlo da TB. Uma das questões básicas no âmbito local, para a enfermagem, é valorizar e promover a participação da comunidade nos programas de controlo, na qualidade de atenção da saúde, especialmente nos programas de enfermagem. A informação é ferramenta fundamental para capacitar o usuário, para que ele participe como elemento activo no controlo social do sector.

É necessário que o enfermeiro conduza um processo crítico de educação, estimulando o desenvolvimento de consciência sanitária mais ampla, buscando romper os padrões culturais que se apresentam hegemónicos e que valorizam hábitos como uso do tabaco, do álcool, de certos alimentos, e que permitem o desenvolvimento da autoconsciência a cerca da própria saúde.

Uma das contribuições para a redução da transmissão da TB na sociedade é a EpS e PS. Assim deve ser realçada a importância do controlo de Saúde atempado, nos casos da ocorrência de SR, especialmente a tosse persistente por mais de três semanas. Às pessoas que apresentam estes sintomas deve ser solicitado um exame de expectoração nos centros de saúde, na Delegacia de Saúde ou aquando de uma consulta hospitalar.

A EpS, é uma das funções essenciais dos enfermeiros, é uma área de actuação na qual os profissionais exploram a criatividade e a capacidade de improvisação. Trigueiro, Janaína vonSöhstenatall (2009:660)

Considerando a EPS como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a actuação do enfermeiro nesta área não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos. Um programa educativo em saúde visa a mudança voluntária de comportamentos a nível individual ou colectivo e tem que ter imperiosamente em conta os factores comportamentais determinantes da saúde da população, como cultura, crenças, atitudes, incentivos, obstáculos nos quais podemos de alguma maneira exercer a nossa influência. Cruz, Maria de Fátima Fonseca (2011;10)

Porque só se pode compreender aquilo que se conhece, quando o enfermeiro adapta o seu cuidar à cultura da pessoa cuidada percebendo, no entanto, que o respeito deve ser uma realidade tanto para o utente como para o enfermeiro. (*Ibidem*)

O código deontológico do enfermeiro refere, no que diz respeito ao dever para com a comunidade, o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;
- Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Assumindo a EpS como uma estratégia que conduz a mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar do indivíduo, família e comunidade, podendo influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitar a aquisição de competências, e ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Tones e Tilford (1994: 11)

Os diferentes grupos comunitários representam, de forma geral, os interesses, necessidades e valores dos indivíduos que os formam, fornecendo um elo de ligação entre a pessoa e o sistema social em geral. Na intervenção comunitária em grupos devem ser consideradas, não só as necessidades do grupo no que à saúde diz respeito, mas também as necessidades e perspectivas individuais. Cada pessoa, cada criança e cada família desenvolvem, ao longo da sua vida e do seu processo de interação e socialização, um sentimento de pertença ao grupo, o que influencia as suas escolhas, atitudes, valores e comportamentos. Cruz (2011;10)

Os grupos funcionam como importantes redes de comunicação e podem inclusive ser encarados como pequenas organizações de partes da comunidade, onde se partilham interesses, ideias e comportamentos. Algumas modificações de comportamentos individuais de saúde seriam impossíveis de realizar sem o apoio da intervenção em grupos porque, na maioria das vezes, estes são responsáveis pelas alterações dos comportamentos que aumentam o bem-estar individual, comunitário e social. (*Ibidem*)

Logo as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando

as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a PS. Ordem dos enfermeiros (2002;9)

O papel do enfermeiro é proporcionar aos sujeitos, sem impor, os meios complementares que lhes permitam reconhecer ou descobrir os seus recursos pessoais através do conceito de “*empowerment*” ou seja, através do reforço de capacidades, competências ou poder, que é simultaneamente, uma pré-condição para a participação e o exercício da cidadania e um processo de formação e de aquisição de poder permanente que implica que o desenvolvimento seja um processo permanente de investigação acção, em que a teoria se alimenta da acção e vice-versa, pressupondo uma dinâmica permanente de avaliação. Cruz (2011;10)

3.5 - Contribuição da Enfermagem na Redução da Incidência da TB

A EpS voltada para o utente, a família e a comunidade requer uma reflexão mais aprofundada e criativa por parte dos enfermeiros, uma vez que se trata de uma tarefa complexa.

Segundo Júnior, Silva, Moura, (2006:89), educar implica acções que visem ao desenvolvimento de hierarquias de aprendizagem (habilidades psicomotoras, cognitivas e atitudes) e quando associadas poderão constituir subsídios para alterações comportamentais e de atitudes com impacto na saúde das pessoas. A acção de educação em saúde promovida por enfermeiros deve transcender os conteúdos relativos à doença e ao tratamento, incluindo aspectos sociais, ambientais, estigma e preconceito da enfermidade. Isso significa que a informação, por si só, não garante mudança de comportamento, mas deve ser dirigida para que o usuário compreenda o que ele precisa fazer para ter saúde e não apenas um saber sobre a doença. A EpS é uma estratégia que permite a construção de sujeitos autónomos e capazes de decidir sobre a sua própria vida.

Neste sentido, a orientação, na PS e a EpS, são indispensáveis aos cuidados básicos de enfermagem a prestar a todos aqueles que precisam de cuidados para com a sua saúde. Intervenções à família e comunidades devem ser levadas a cabo de forma a aumentar o nível de conhecimento e ajudar na adopção de estratégias que visem melhorar o estilo de vida.

Segundo Rocha, Cruz, Firmino (2013:21), para que a enfermagem contribua na atenção à saúde primária é fundamental a elaboração de planos de EpS, em que deve-se

assegurar a transmissão de noções básicas sobre a doença, os seus meios de contágio e as formas de prevenção. Deve ser reforçado sempre que a saúde é, também, uma responsabilidade de cada um de nós e que os conhecimentos adquiridos devem ser postos em prática. Essa educação deve ser avaliada periodicamente, com o propósito de verificar se os resultados estão a ser atingidos e propiciar a formulação de novas estratégias.

Para uma melhor contribuição da enfermagem na redução da TB, os enfermeiros deverão preocupar-se com:

- Identificar os SR.
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Orientar quanto à colecta de escarro.
- Administrar a vacina BCG.
- Realizar a prova tuberculínica. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência.
- Convocar os contactos para investigação.
- Orientar utentes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas.
- Convocar o utente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária.
- Orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem, para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou TDO.
- Contribuir e participar das actividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, ao manejo do tratamento, às acções de vigilância epidemiológica e ao controlo das doenças.
- Enviar mensalmente ao sector competente as informações epidemiológicas referentes aos utentes com TB em cada área de actuação. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente com a equipa de saúde.
- Notificar os casos confirmados da TB.
- Encaminhar ao sector competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.
- Fazer a programação anual das acções do Programa de controlo da TB (PCT), segundo a matriz de programação PNCT/Ministério da Saúde.

- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *M. tuberculosis*.
Júnior, Silva, Moura, (2006:81)

Tudo isso leva-nos a um novo desafio de buscar mais uma vez o equilíbrio orgânico, mental, emocional e espiritual. São como ciclos que se repetem e se sucedem. O importante é estar atento e buscar a cada momento o nosso melhor bem-estar.

A enfermagem deve contribuir e zelar para o conforto e bem-estar do utente, famílias/comunidade, para que conheçam o seu meio envolvente. Quando a família/comunidade tem conhecimento do seu meio é fundamental, porque assim podem definir acções que visem ajudar na prevenção à extensão da doença.

De acordo com Bus (2000), o trabalho do enfermeiro pode ser melhorado se a família for educada no sentido de prestar os cuidados necessários para adoptar estilos de vida saudável (higiene básica, cuidados domiciliários), ensinando a população através de palestras, de que ao tossir devem tapar a boca, não escarrar no chão, ter a casa limpa e ventilada, ter uma alimentação adequada, incentivar as mães para visitas ao centro de saúde (CS) no sentido de cumprir o calendário de vacinação de BCG das crianças.

Ainda o enfermeiro pode dar a sua ajuda no controlo da TB trabalhando na promoção do cuidado domiciliário, comunitário, ambiental e da educação. Orientar a família e o utente com TB quanto à importância de medidas preventivas, tais como o descarte adequado dos lenços utilizados, a protecção da boca durante a tosse e a correcta lavagem das mãos. Devem ser reportadas à equipe de saúde informações específicas quanto à ingestão supervisionada do medicamento; ao acompanhamento do caso, dos exames a serem realizados; ao abandono de tratamento; às faltas; às consultas médicas e/ou de enfermagem; ao aparecimento nas consultas, e aos sintomas que indiquem a suspeita da TB entre os contactos. Orientar sobre a importância do teste de despiste do HIV, quanto ao uso do álcool e do tabaco durante o tratamento, encaminhando aos programas específicos. Enfatizar que, após 15 dias de tomada regular da medicação, o utente se encontra com transmissão limitada da doença.

O enfermeiro ao fazer uma visita domiciliária deve aproveitar o momento, para cuidar da saúde do cidadão em sua própria residência, com o objectivo de; Orientar o utente e a família sobre a doença no caso a TB, falar da importância do tratamento até a obtenção da cura (educação em saúde). Identificar os contactos, dos utentes faltosos de consulta ou abandono de tratamento. Observar os casos suspeitos da TB em situações especiais e realizar os devidos encaminhamentos, quando necessário. Apoiar o utente e sua família, encorajando-o para a continuidade ao tratamento supervisionado da TB.

4 - Educação para a Saúde e Promoção de Saúde

Para conhecer um pouco mais sobre a EpS e PS, primeiramente tentamos definir o conceito de saúde, que ao longo dos tempos tem vindo a sofrer transformações, e para que haja EpS há que haver PS.

A saúde tem sido valorizada e procurada ao longo da história da humanidade, por esta razão, vários autores tentam defini-la e medi-la com precisão. Segundo Carvalho, Amâncio; Carvalho, Graça (2006:7) durante muito tempo a saúde foi considerada como o oposto da doença, sendo esta conceptualizada considerando-se, exclusivamente, as perturbações físicas e biológicas e encarada como um acontecimento accidental, que atingia o organismo, sem haver possibilidade de desencadear qualquer tipo de reacção que pudesse evitar.

Como podemos constatar há varias definições do conceito Saúde, embora a maior parte delas tenha pouca utilidade. Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) na Carta Magna, definiu a saúde como *“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade”*

Assim, o conceito de saúde torna-se muito complexo relacionado com as dimensões que fazem parte do ser humano. Ter uma saúde perfeita é ter um equilíbrio entre várias dimensões. Significa também ter qualidade de vida, bem-estar e felicidade.

Para Carvalho, Carvalho (2006:9), o conceito de saúde é um conceito dinâmico. Nos dias de hoje é difícil conservar os mesmos níveis de saúde ao longo dos dias. A cada momento, em função dos momentos em que estamos vivendo, das demandas que estamos enfrentando, a nossa saúde e o nosso bem-estar estão afectados. Podemos sair de um ponto óptimo, onde está tudo muito bem, entretanto um acontecimento muda toda a nossa rotina, aumenta o nosso nível de *stress* e nos leva a experimentar a fadiga, o cansaço, a baixa imunidade e a susceptibilidade ao acontecimento de alguma doença.

4.1 - Educação para a saúde

A EpS é considerada uma fase da PS. É uma combinação de aquisição de informações e aptidões básicas com o senso de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos pela sua própria saúde e da comunidade. Capacita o indivíduo com metodologias adequadas às suas necessidades, voltadas para o desenvolvimento de múltiplas actividades, de acordo com o perfil do município e da

região. Também oferece informações de qualidade sobre a saúde, condições de vida de sua comunidade, de modo a motivar sua utilização. Brasil (2002).

A saúde de cada pessoa depende de vários aspectos, nomeadamente do seu projecto de vida, dos comportamentos e estilos de vida que decide seguir. A leitura que cada um faz de si e do mundo é determinante para a forma como assume a responsabilidade social de contribuir para o bem comum, ou seja, cada cidadão é actor e autor de um percurso de vida, com implicações na sua saúde e das pessoas com as quais interage. Assim, na sociedade actual espera-se que todos tenham meios e recursos que lhes permitam desenvolver capacidades e competências para traçar um caminho pessoal e colectivo em direcção ao bem-estar físico, psíquico e social.

A EpS surge como um meio facilitador deste percurso, no sentido de preparar os indivíduos para um papel activo na saúde. Assim, um dos seus principais objectivos é ajudar as pessoas a desenvolverem as suas capacidades de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam capazes para colaborar nos processos de mudança, com vista à adopção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

A OMS defende que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades. Estas intervenções devem ter lugar em vários contextos como por exemplo a escola, o trabalho, etc...

Qualquer acção no sentido de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida, implica uma mudança individual, cultural, social e comunitária. Sobre este aspecto, Oliveira (1999:1993) *cit in* Carvalho, Carvalho (2006:21), afirma que *“Para que se verifique uma mudança de um tipo de comportamento individual dever-se-á, pois, investir mais na modificação do sistema de comunicação, no qual o sujeito faz a sua aprendizagem, do que na conduta individual do sujeito em causa”*.

A educação estabelece uma ligação com a nossa história de vida, as nossas crenças, os nossos valores e a forma como nos relacionamos com o que nos rodeia. No processo de educação estabelecem-se processos entre o que nos é comunicado e as nossas várias dimensões, o que possibilita a aprendizagem. Assim, educar é antes de tudo estabelecer vias e processos comunicativos relacionais e oferecer pontos de referência. González, (1998) *cit in* Carvalho, Carvalho (2006:23)

Educar as pessoas para a saúde é criar condições para que possam transformar e saber o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde.

Para Carvalho (2006:23) a educação é um processo dinâmico, concretamente na EpS, este dinamismo tenta desenvolver a liberdade do homem junto de outros homens, incita e ensina o homem a pensar e decidir por si mesmo perante situações e momentos da sua vida individual e colectiva. A EpS deve, pois, constituir um processo interactivo reconhecido e aceite pela comunidade, e adquirir uma postura de participação activa e de parceria com responsabilidades na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida.

Assim educar as pessoas para a saúde é, criar condições para que adquiram informações e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. Por vezes, não se mudam comportamentos apenas porque alguém dá indicação da necessidade de mudança, ou disponibiliza a informação actualizada em saúde. A mudança ocorre quando no processo de EpS os interesses e necessidades do indivíduo, da família e da comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos activos e participantes. Todo este processo exige dinâmica ao nível do planeamento. Neste sentido, a EpS não poderá ser uma mera transmissão de informação; implica planear um programa adequado, prevendo-se os recursos e metodologias a utilizar, capazes de dar uma resposta apropriada às necessidades de saúde de cada pessoa, família e comunidade.

4.2 - Promoção de Saúde (PS)

Há várias definições para PS, neste sentido adoptaremos o conceito preconizado na Carta de Ottawa, na qual salienta que promover a saúde é fornecer as populações condições para que estas sejam capazes de melhorar a sua saúde e activamente exercer controlo sobre a mesma. Neste contexto, a saúde é entendida como uma possibilidade que o indivíduo tem de aproveitar a vida de forma positiva, no sentido do uso de recursos pessoais e sociais, além da capacidade física, não significando, tornar-se ou manter-se saudável seja um objectivo central e único na vida das pessoas, mas sim um recurso para se fornecer qualidade à vida quotidiana. (BRASIL, 2002).

A partir da primeira conferência internacional sobre PS realizada em Ottawa (Canadá) em 1986, que o termo PS recebeu um destaque maior, emergindo em resposta

a um movimento que buscava renovar a concepção mundial de saúde pública, baseada no modelo biomédico.

Segundo Laverack, (2004:6) a PS não é uma ideia nova, quando encarada como qualquer ou toda a actividade que melhora a saúde dos indivíduos e das comunidades. Seguindo a tradição de outras medidas de saúde pública de controlar a propagação de doenças infecciosas, a PS sublinhou a importância de intervenções para prevenir a doença e promover o bem-estar, em vez de confiar nos esforços terapêuticos para o tratamento dos seus efeitos.

Assim, ao discursar sobre PS provou-se que o enfermeiro pode e deve actuar através de actividades de EpS e de práticas educativas, em diferentes espaços. Portanto, a EpS é um processo que visa à PS da população.

Segundo a carta de Ottawa (WHO, 1986), a PS destina-se a iniciar e conduzir processos de mudança tendo em vista a melhoria das condições de trabalho e de vida e, em última instância, da saúde das pessoas.

A Carta de Ottawa sugere que as pessoas e, em particular, os utentes, devem ganhar controlo sobre as suas condições de trabalho e de vida, de forma a desenvolver estilos de vida saudáveis. Assim sendo, a PS é definida por Rodrigues, Pereira, Barroso (2005: 96), como um conjunto de actividades que se dirigem às necessidades de saúde da população ou de grupos específicos para a prevenção ou detecção precoce de doença e para a adopção de estilos de vida saudáveis. Ainda na opinião do mesmo autor os programas de PS são encarados não só como meios de promoverem estilos de vida saudáveis e de prevenção da doença, mas também como uma forma de capacitação e de aprendizagem, dando poder e intervenção aos que deles beneficiam.

Mas, enquanto a EpS visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e colectivas, a PS tem como objectivo as acções sociais e políticas complementares, tais como a promoção e o desenvolvimento da comunidade, que permitem que as transformações políticas, no ambiente social, de trabalho e da comunidade que realcem a saúde. Laverack (2004:12)

Ainda Santos, Florinda Goreti (2010;13), define a PS, como actividades que ajudam a pessoa a desenvolver os recursos que irão manter ou aumentar seu bem-estar e melhorar sua qualidade de vida. A razão da PS é focar o potencial da pessoa para o bem-estar e, encorajá-la a modificar hábitos pessoais, estilo de vida e ambiente de modo a reduzir os riscos e aumentar a saúde e o bem-estar. A PS é um processo activo, isto é,

não é algo que pode ser prescrito ou forçado, ficando a cargo do indivíduo, decidir se deseja fazer ou não as mudanças que irão ajudar a promover um alto nível de bem-estar.

A PS em geral, e a EpS em particular, são processos no qual o enfermeiro assume um papel relevante, garantindo sempre a participação activa dos cidadãos. Como tal, para que a EpS seja um aliado para a mudança de comportamentos deve ser encarada como uma tarefa de cidadania organizada e previamente planeada por profissionais de saúde.

Não existe, portanto, uma formulação pronta a ser orientada aos serviços, entretanto, é fundamental que as acções programáticas de saúde e a oferta organizada dos serviços sejam articuladas a outras acções sectoriais, aliadas à políticas públicas intersectoriais ou trans-sectoriais.

Como então trabalhar os diferentes saberes na implementação das práticas de promoção envolvendo a TB?

Algumas estratégias a seguir são exemplos de acções de PS que podem ser desenvolvidas na atenção básica no contexto da TB:

- Participação comunitária como factor positivo nas actividades de controlo da TB, uma vez que colabora para a conscientização do problema na sociedade.
- Capacitação da comunidade para compreender e actuar junto às suas necessidades de saúde, na implementação de estratégias integradas e intersectoriais de protecção da vida e na ampliação do processo decisório na busca de comprometimento político na resolução dos seus problemas (OMS, 1991).
- Por meio da capacitação de lideranças na comunidade para reduzir o estigma, auxiliar na identificação de SR, facilitando o acesso do cliente ao diagnóstico de TB na atenção básica, desde a identificação do caso, na adesão do tratamento, até a obtenção da cura.
- Motivação de liderança comunitária para o problema da TB como uma questão importante de saúde pública, uma vez que a sua participação efectiva deve ser considerada como força motriz para garantir o controlo sobre esta e outras enfermidades.
- Promoção da cidadania a partir do desenvolvimento de parcerias entre lideranças e organizações comunitárias para discutir, planejar e executar acções intersectoriais para a melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas, particularmente em locais com vulnerabilidade social.

Assim os princípios da PS ressaltam o conceito como um processo activo: Auto-responsabilidade, consciência da responsabilidade por si mesmo, que é a chave do sucesso da PS, esse conceito é baseado no entendimento de que os indivíduos controlam suas próprias vidas, ou seja, que cada um de nós, podemos fazer escolhas que determinam o quanto nosso estilo de vida é saudável, à medida que mais pessoas reconhecem o efeito significativo que o estilo de vida e o comportamento exercem sobre a saúde, elas podem assumir responsabilidade no sentido de evitar comportamentos de alto risco.

5 - Metodologia

É na fase metodológica que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com a finalidade de encontrar resposta ao problema por ele definido e comprovar ou não as questões levantadas.

O trabalho de investigação será credível e aceite pela comunidade que o avalia, se seguir uma determinada metodologia científica, segundo FORTIN (1999:372) consiste “...num conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Sendo também parte de um relatório, em que se descrevem os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”.

5.1 - Tipo de estudo

É a questão central que precede o domínio em estudo que direcciona a evolução dada à investigação. A investigação foi a caracterização da população residente na comunidade de São Pedro, face aos conhecimentos que dispõe sobre a TB. Assim, para FORTIN (1999:137), “a investigação descritiva visa “denominar, clarificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”, de forma a tornar o fenómeno conhecido. Deste modo, visa-se definir e clarificar conceitos, descrevendo os factos identificados, face a TB.

Após tomarmos em consideração a nossa questão inicial, optamos pela realização de um estudo qualitativo.

5.2 - População e Amostra

Uma população é definida por FORTIN (1999:202), como “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. É necessário definir de forma precisa a população a estudar e, consequentemente, os elementos que a constituem. Para FORTIN (1999:202), “uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.”

Assim, a nossa população alvo sobre a qual o estudo incidiu, foi constituída por todas pessoas residentes em São Pedro, uma aldeia piscatória na ilha de São Vicente, que fica a 7 km a sudoeste da cidade do Mindelo, capital da ilha. A nordeste da aldeia localiza-se o aeroporto que serve a ilha.

A pesquisa teve como critério de inclusão todas as pessoas residentes na comunidade, com idade superior a 15 anos, tanto do sexo masculino como feminino, desde que voluntariamente quisessem participar, com a finalidade de manter sigilo das informações e identidade dos entrevistados.

Foram excluídos do estudo todos os indivíduos que no caso apresentaram algum problema psicológico, como demência ou desordem de pensamento, ou outro tipo de perturbação que o impedisse de responder o questionário.

5.3 - Técnica e instrumento de recolha de dados

A escolha do instrumento de recolha de dados deve ter em atenção os objectivos do estudo e o tipo de questões colocadas. Optámos assim, pela utilização de um inquérito em forma de questionário (Anexo I), que facilita a análise dos dados, permitindo analisar os conteúdos a abordar e permite a confidencialidade e anonimato. FORTIN (1999:245), considera que o questionário permite “ *colher informações junto dos participantes relativas aos factos, as ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes*”. Ainda segundo a mesma autora (1999:249) o questionário “ *é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa*”.

Ao realizarmos este estudo, foi no intuito de utilizar uma técnica de recolha de dados que, perante a população escolhida, permitisse obter as informações necessárias para o conhecimento desta, através da sua caracterização em diversos aspectos, e para a análise e intervenção junto da população. Para Quivy e Campenhoudt (1998:189), tendo em consideração estes objectivos, o método de inquérito por questionário “ *...é especialmente adequado*”. Estes autores referem, ainda, que um questionário

“ Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos,.. uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores...” (1998:188)

Relativamente às questões, foi nosso objectivo elaborá-las da forma clara e precisa, tendo sido organizadas segundo uma divisão e estruturação em duas partes; a

primeira corresponde à caracterização dos sujeitos da amostra e a segunda à recolha da sua opinião sobre os conhecimentos que tem sobre a TB.

O questionário apresenta assim, um total de trinta e uma (31) questões, respeitando as respostas de Lakatos e Marconi (1990:90), que menciona que “ *O questionário deve ser limitado em extensão e em finalidade. Se for muito longo, causa fadiga e desinteresse; se curto demais, corre o risco de não oferecer suficientes informações.*

5.4 - Validação do Instrumento de Recolha de Dados

Foi necessário elaborar, um instrumento de colheita de dados, de modo a caracterizarmos o nível de conhecimento da comunidade em estudo, sobre a TB.

Posteriormente, este instrumento de colheita de dados foi validado pelo orientador do trabalho, com o objectivo de aferir a adequação e pertinência das questões, relativamente à problemática em estudo e aos respectivos objectivos.

5.5 - A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados

Os questionários foram aplicados as populações residentes na comunidade. Iniciámos a aplicação do instrumento de colheita de dados nos dias 6 e 7 de Abril de 2013. O seu preenchimento ocorreu, na parte de tarde de modo a abranger um maior número de pessoas, tanto do sexo masculino como feminino. O tempo médio na aplicação de cada questionário não ultrapassou os 15 minutos. Durante a sua realização mostramo-nos disponíveis para esclarecer alguma dúvida que o formulário pudesse suscitar.

De acordo com as exigências éticas de um trabalho de investigação, durante a implementação do questionário tivemos em atenção os seguintes aspectos:

- Fornecemos aos inquiridos toda a informação solicitada e necessária, para a posterior aceitação ou não da sua participação;
- Garantimos anonimato e confidencialidade das informações;
- Informámos os inquiridos que se poderiam retirar do estudo, se assim o desejassem, sem que daí adviesse qualquer dano, não implicando tal situação prejuízo no seu atendimento.

5.6 - Tratamento de dados

O tratamento de dado foi realizado tendo por base a abordagem quantitativa desta investigação. Assim, antes de proceder ao tratamento e análise dos dados começámos por enumerar os questionários de 1 a 180.

De seguida, elaborámos uma base de dados recorrendo ao programa SPSS versão 17 da Microsoft, base essa para onde transcrevemos toda a informação obtida nas respostas dos 180 questionários.

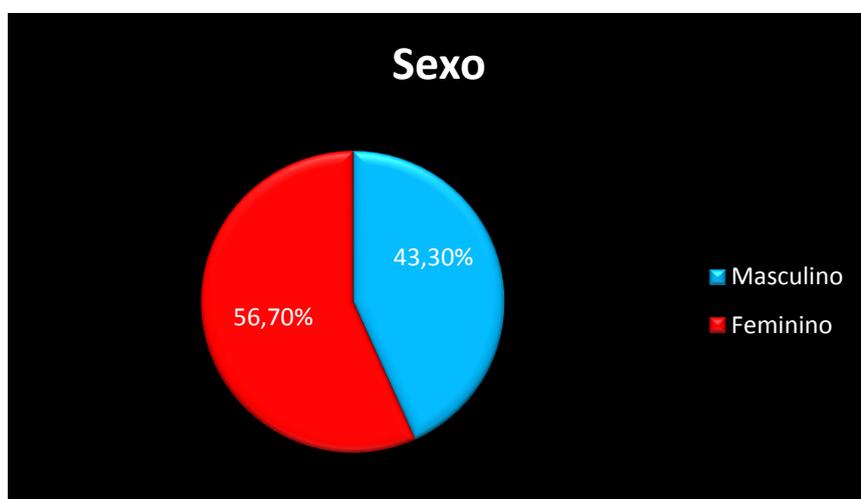
Posteriormente, o tratamento dos dados foi efectuada através de uma estratégia de análise estatística, utilizando o programa acima descrito o Excel e o Word, também da Microsoft.

6 - Análise dos dados

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados, seguiu-se o tratamento de dados através da estatística para apresentação e análise dos resultados encontrados, tendo por base o problema desta investigação. A apresentação dos dados obtidos, será realizada através de gráficos, associados a texto narrativo. Pretendemos desta forma, fazer uma apresentação clara, facilitando ao leitor a sua compreensão. Os resultados são provenientes da matriz do programa SPSS construída a partir das respostas dos inquiridos

Responderam ao questionário 180 pessoas, todas elas residentes na comunidade.

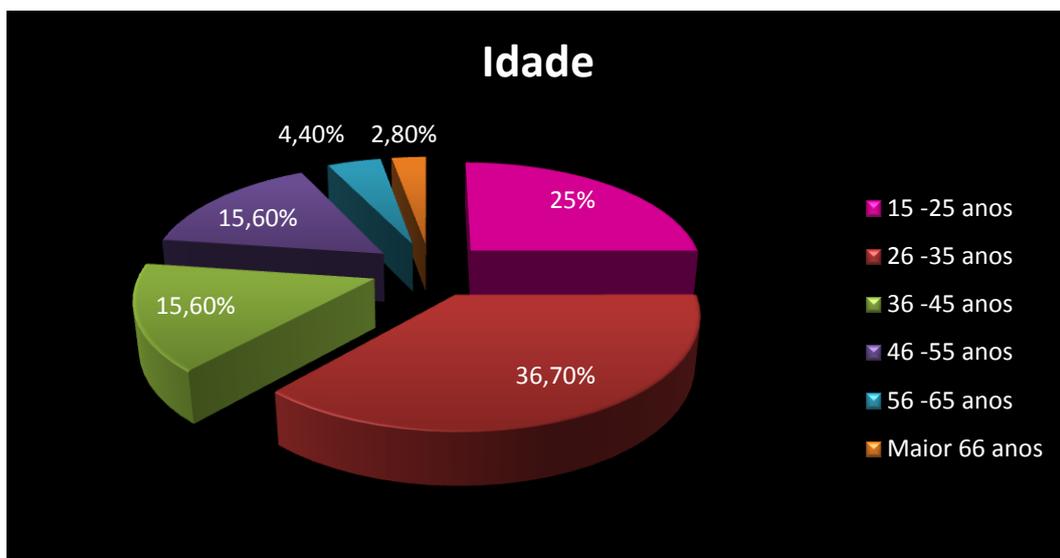
Gráfico 1: Sexo



Fonte; Tabela 1

O gráfico acima apresentado demonstra que do total dos 180 inquiridos, 78 são do sexo masculino que representa 43.3% da amostra, e os restantes 102 inquiridos são do sexo feminino, que representa 56,7% dessa amostra o que leva a concluir que os inquiridos são maioritariamente do sexo feminino.

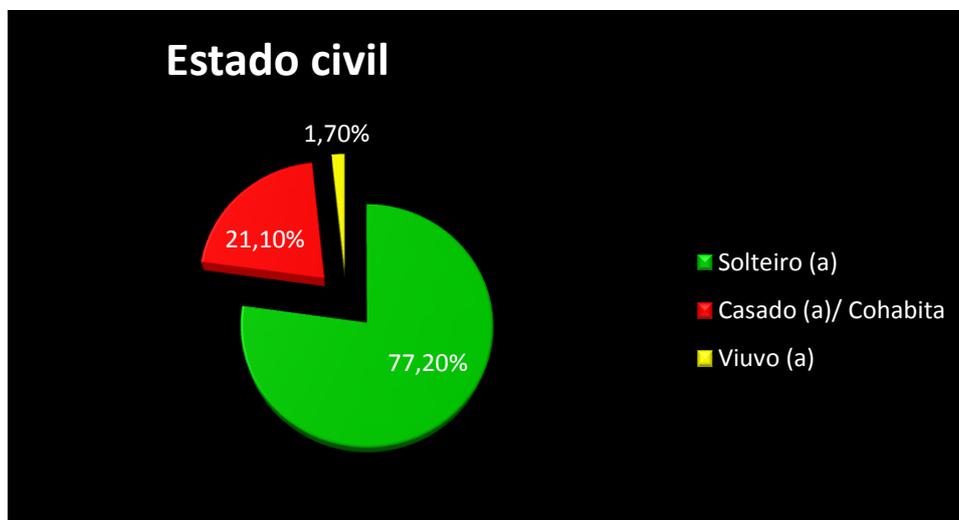
Gráfico 2:



Fonte; tabela 2

Com relação a faixa etária, a maioria dos inquiridos encontra-se entre [26 – 35] anos que equivale a 36,7% (66) dos inquiridos, enquanto que a menor parcela abrangida é]66;+∞[anos que equivale a aproximadamente 2,8% (5) dos inquiridos. É preciso levar em consideração que tentamos abranger mais as primeiras três faixas etárias, e com o gráfico 2 é possível visualizar a concentração das faixas de idade.

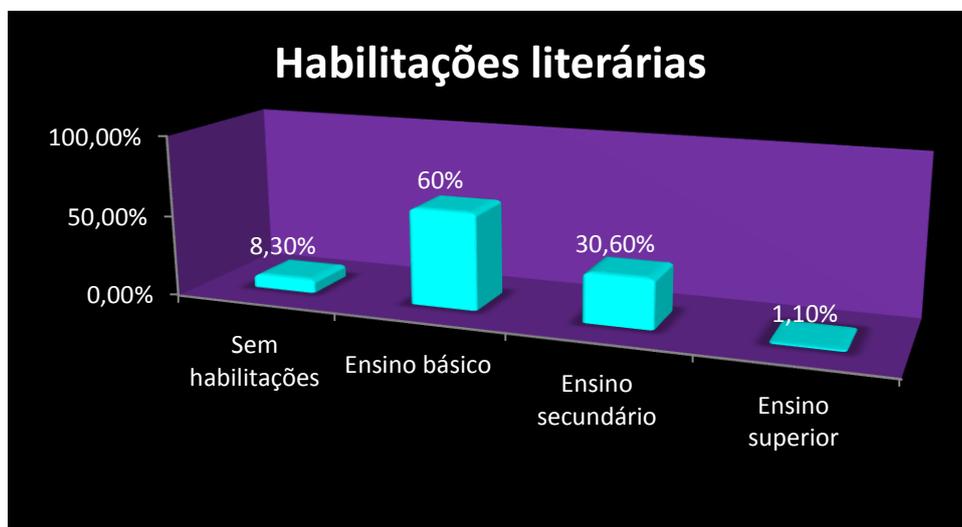
Gráfico 3:



Fonte; tabela 3

Na observação do gráfico 3, verificámos que dos 180 inquiridos, 139 são solteiros, que corresponde a 77,2% da amostra, 38 são casados, que representam 21,1% desta amostra, outros 3 inquiridos que representam 1,7% da amostra dizem ser viúvo (a), o que nos leva a dizer que a maioria dos inquiridos são solteiros.

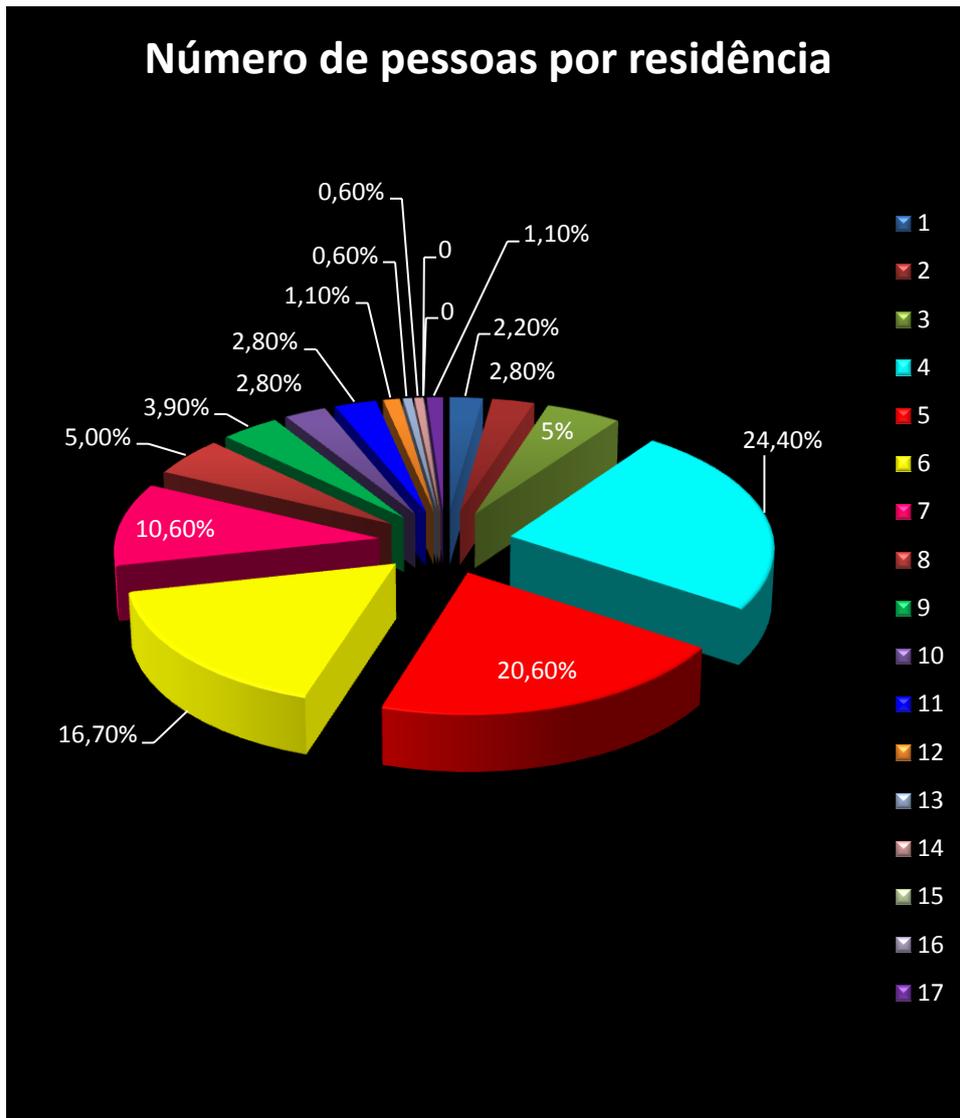
Gráfico 4:



Fonte; Tabela 4

Em relação aos dados colectados relativamente as habilitações literárias, a pesquisa demonstrou que a maioria dos participantes tem o ensino básico com 108 dos inquiridos, correspondente a 60% da amostra têm este nível de ensino, 55 dos inquiridos possuem o ensino secundário, que representam 30,6% da amostra, outros 15 inquiridos são iletrados, que representam 8,3% da amostra, os restantes é inquiridos possuem o ensino superior, com 1,1% da amostra.

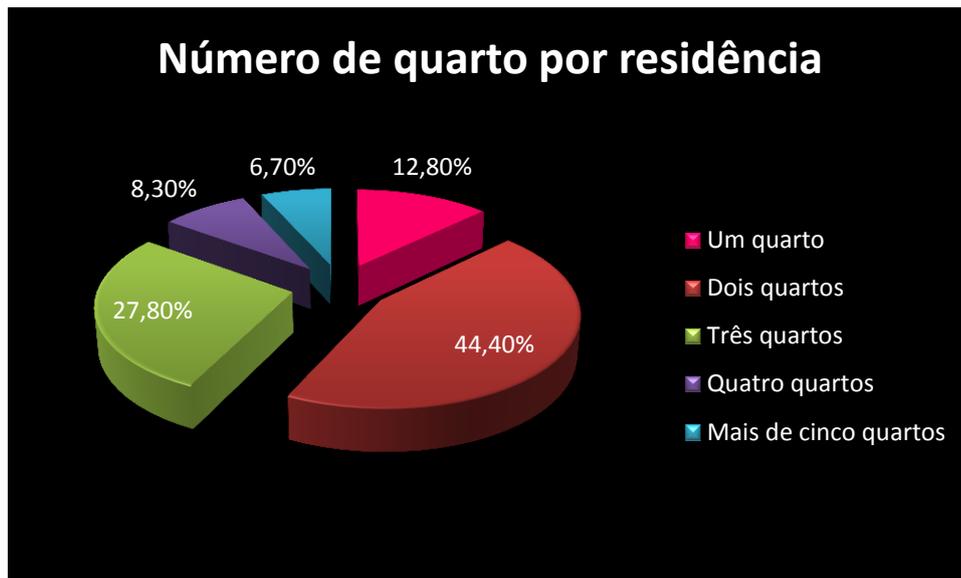
Gráfico 5:



Fonte; Tabela 5

Analisando o gráfico 5, podemos constatar que dos 180 inquiridos, 24,4% corresponde 4 pessoas por residência o que equivale a 44 das pessoas inquiridas, 20,6% corresponde 5 pessoas por residência o que equivale há 37 das pessoas inquiridas, 16,7% corresponde há 6 pessoas por residência o que equivale há 30 das pessoas inquiridas, e 1,1% que corresponde 17 pessoas por residência o que equivale há 2 inquiridos, o que torna um factor preocupante, sabendo que a TB é uma doença oportunista, e caso algum dos elementos familiares estiver infectado/doente, este pode contaminar o restante da família. Logo é importante transmitir conhecimento, porque a TB é uma das doenças de fácil transmissão, e por ser um número elevado de pessoas por residência, torna-se um risco para a saúde.

Gráfico 6:



Fonte: Tabela 6

Os dados levantados pelo questionário sobre o número de quarto por residência mostra que dos 180 inqueridos, 12,8% que equivale a 23 inqueridos tem um quarto por residência, 44,4% que equivale a 80 inqueridos tem dois quartos, 27,8% representam 50 inqueridos com três quartos por residência, 8,3% da amostra que equivale a 15 pessoas com residência com quatro quartos, o restante 6,7% da amostra representa 12 inqueridos com residência com mais de cinco quartos. Concluindo, segundo os habitantes inqueridos há mais residências na comunidade com dois quartos.

Gráfico 7:

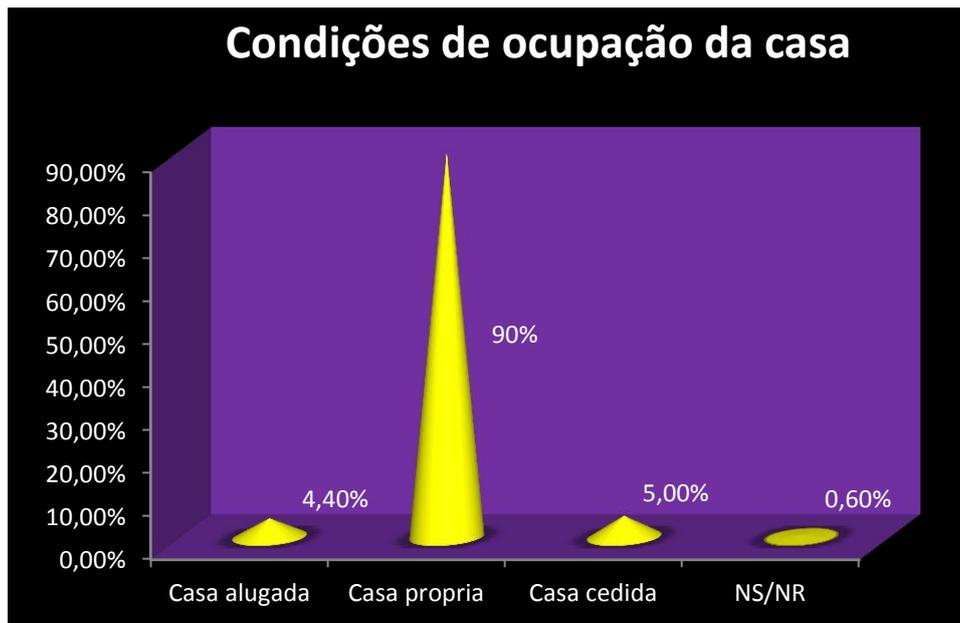


Fonte; Tabela 7

Em relação aos dados colectados, sobre o número de pessoas por quarto, constata-se que a maioria tem duas pessoas, abrangendo 52,2% da amostra, seguidos três pessoas por

quarto com 27,8% da amostra, e os restantes 20,1% estão subdivididos entre as residências com quatro pessoas por quarto com 10,6% da amostra, com uma pessoa por residência 7,8% da amostra, e para mais de cinco pessoas com 1,7% dessa amostra. Analisando o número de pessoas por residência constata-se que a comunidade apresenta uma elevada percentagem de duas pessoas por quarto.

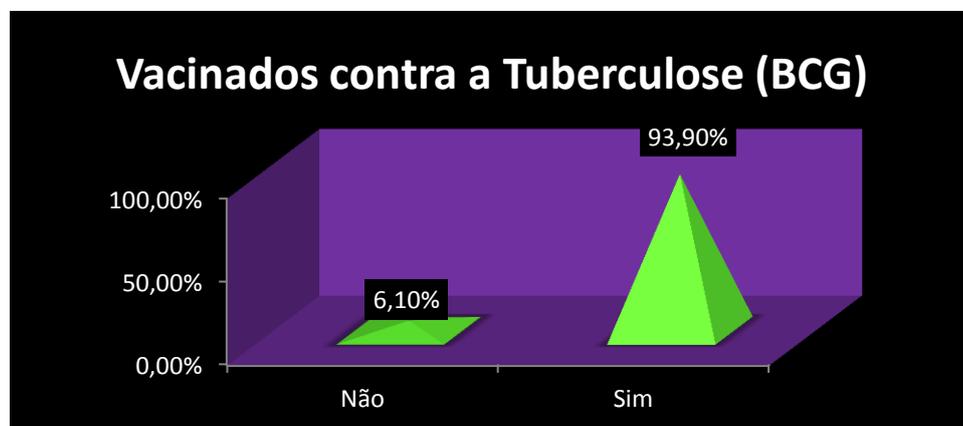
Gráfico 8:



Fonte; Tabela 8

Conforme o gráfico acima exposto, referente a condições de ocupação da casa, mostra que uma grande parcela a casa é própria, com 162 dos questionados, que representa 90% da amostra, e o restante 10% da amostra esta dividida entre casa alugada com 4,4%, casa cedida com 5% e os que não sabe com 0,6% da amostra.

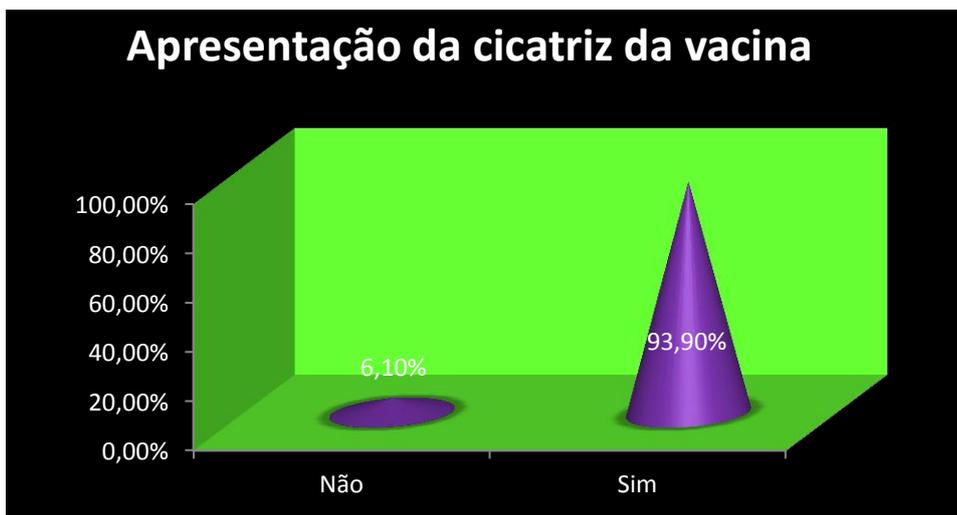
Gráfico 9:



Fonte: Tabela 9

Quanto a questão de serem vacinados contra a Tuberculose (BCG), 169 dos inquiridos, correspondente a 93,9% da amostra responderam que sim, ou seja foram vacinados, os restantes 11 inquiridos, que corresponde a 6,1% da amostra responderam que não. Estes dados nos leva a pensar que de uma forma geral que a maioria das pessoas foram vacinadas.

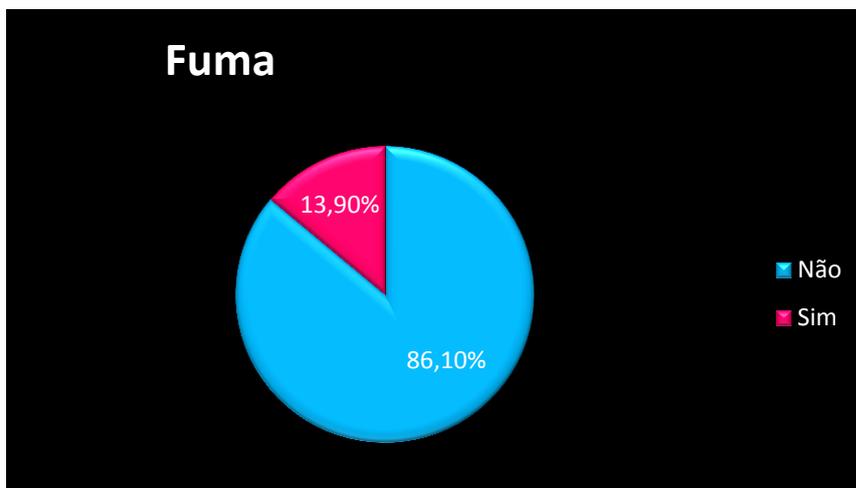
Gráfico 10:



Fonte; Tabela 12

Quanto a questão de apresentarem a cicatriz vacinal, 169 dos inquiridos, correspondente a 93,9% da amostra responderam que apresentam a tal cicatriz, ou seja foram vacinados, os restantes 11 inquiridos, que corresponde a 6,1% da amostra responderam que não apresentam a cicatriz. Estes dados nos leva a pensar que de uma forma geral que a maioria das pessoas foram vacinadas.

Gráfico 11:



Fonte; Tabela 11

De acordo com o gráfico 11 pode-se constatar que 86,1% do total da amostra, que representa 155 dos inquiridos, dizem não fumar, enquanto 13,9% que corresponde a 25 dos inquiridos afirmam ter hábito de fumar.

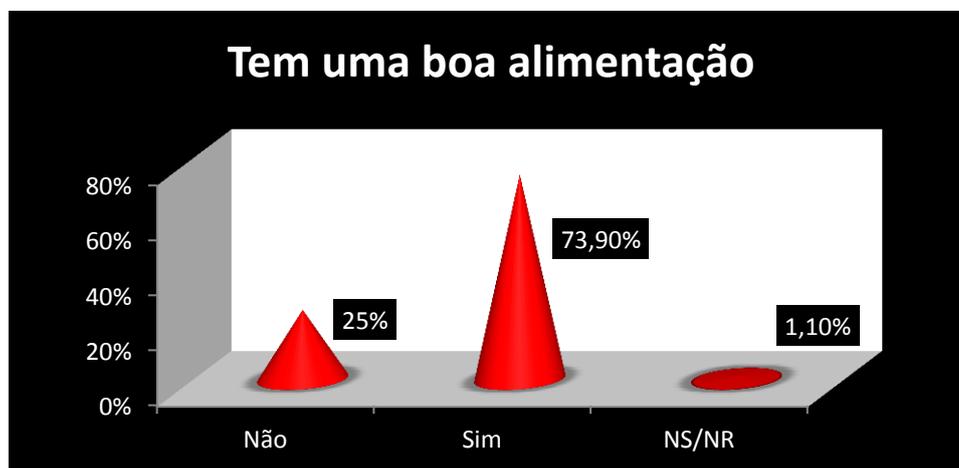
Gráfico 12:



Fonte; Tabela 12

Com a questão relativamente ao facto de ingerir bebidas alcoólicas, 92 dos questionados, representante de 51,1% da amostra total, reponderam sim, ou seja, tem hábito de ingerir bebida alcoólicas, 88 dos questionados, que representam 48,9% da amostra dizem que não tem hábito de ingerir bebida alcoólicas.

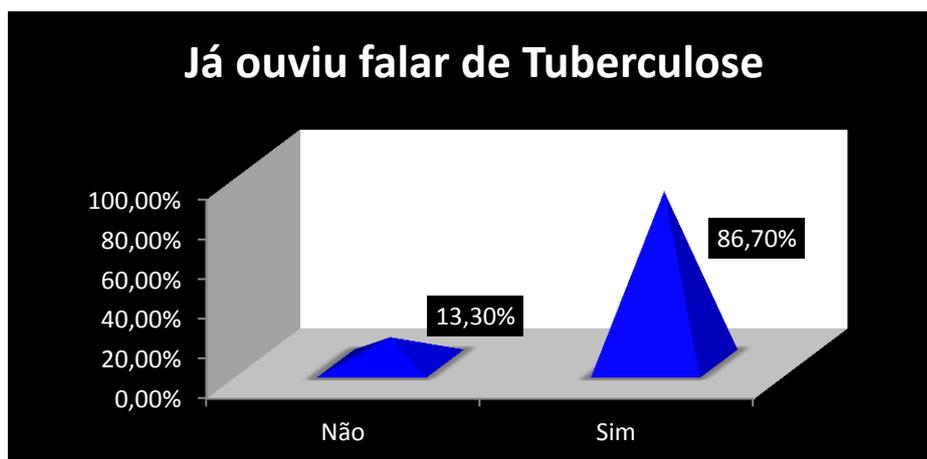
Gráfico 13:



Fonte; Tabela 13

Analisando o gráfico acima pode-se constatar que uma percentagem considerável (73,9%) da amostra, correspondente a 133 dos inquiridos, respondeu que sim, ou seja, tem uma boa alimentação, e os restantes 47 inquiridos, ficaram divididos entre as opções “não ” (25%), “não sebe/não responde” (1,1%).

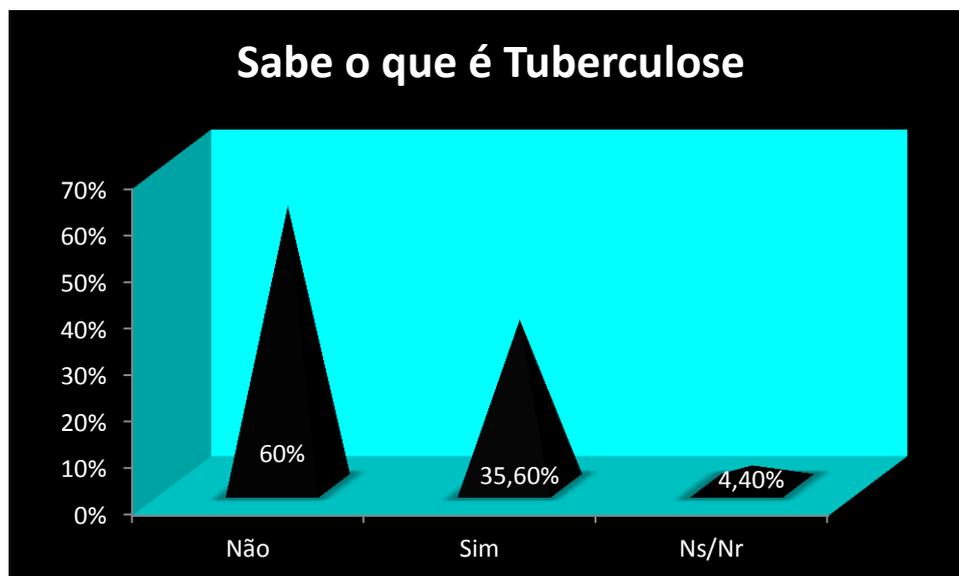
Gráfico 14:



Fonte: Tabela 14

Ao analisar o gráfico acima pode-se constatar que a maioria dos inquiridos já ouviram falar da Tuberculose, em que 86,7% da amostra que representam 156 inquiridos responderam que “sim” e os outros 13,3% da amostra representante dos outros 24 inquiridos responderam que “não”.

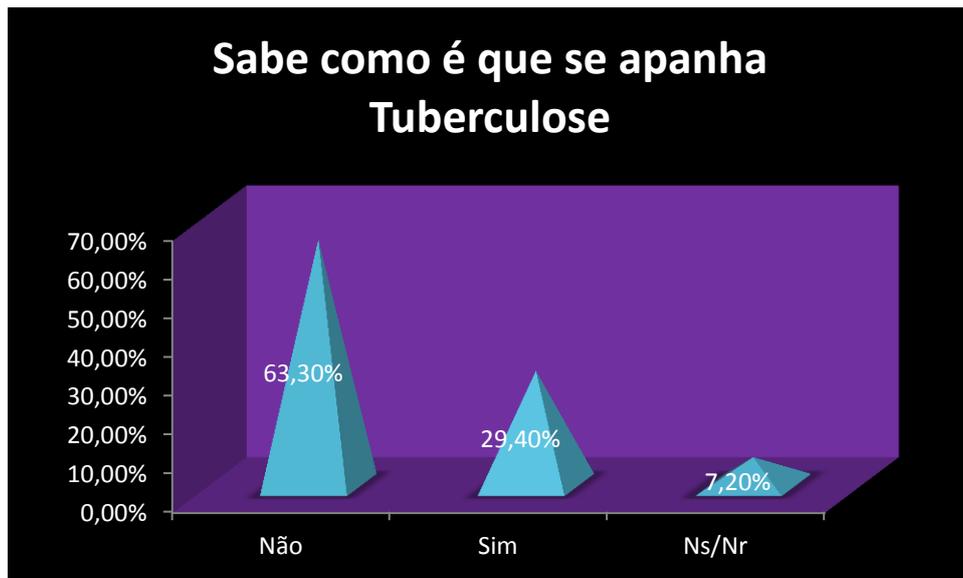
Gráfico 15:



Fonte: Tabela 15

Nos resultados expostos no gráfico 15 podemos ver que mais de metade dos inquiridos (108), que representam 60% da amostra, afirma não saber o que é a Tuberculose, 64 dos inquiridos, correspondente a 35,6% da amostra, dizem sabem o que é a Tuberculose, e os outros 8 dos inquiridos, representante de 4,4% da amostra, optaram pelo não sabe não responde.

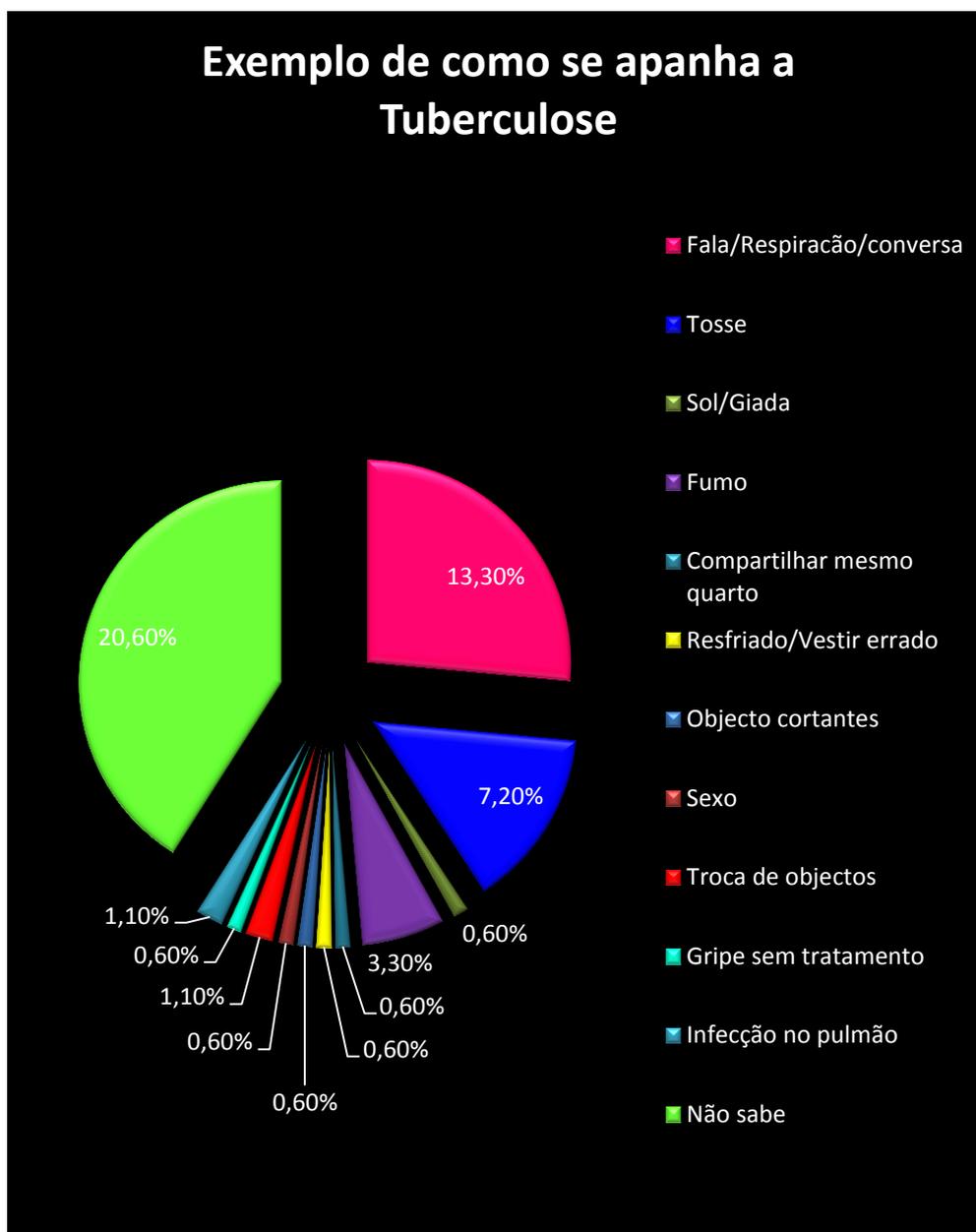
Gráfico 16:



Fonte: Tabela 16

Ao analisar o gráfico acima pode-se constatar que a maioria dos inquiridos não sabem como se apanha a Tuberculose, em que 63,3% responderam que “não” e os outros 36,6% foram divididos entre “sim” 29,4% da amostra e “não sabe não responde” 7,2% da amostra.

Gráfico 17:

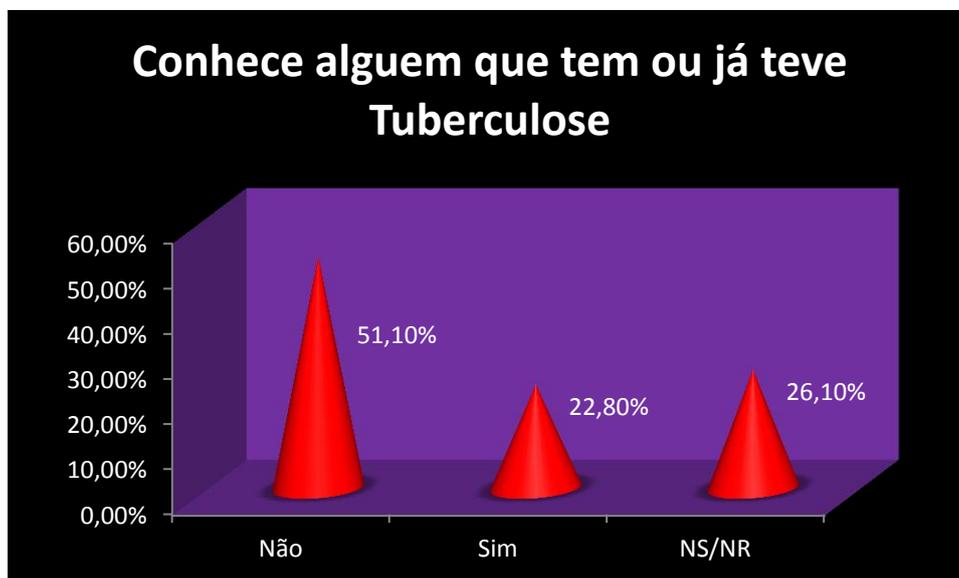


Fonte: Tabela 17

Quando questionados para dar um exemplo de como se contrai a TB, constatamos que 100% dos 180 inquiridos, 70,6% o que equivale há 127 inquiridos referem que não sabem dar um exemplo, 13,3% correspondem há 24 pessoas dizem que é através da fala, respiração e conversa que se apanha a TB, 7,2% correspondem há 13 inquiridos referem que é através da tosse que se apanha a TB, 3,3% correspondem há 6 inquiridos dizem que é através do Fumo, mas também a uma percentagem de inquiridos que referem que sabe como se contrai a TB, e na hora de responder referem que seja através do sexo,

objectos cortantes, troca de objectos e com isso podemos ver que há uma grande falte de conhecimentos destes perante a TB.

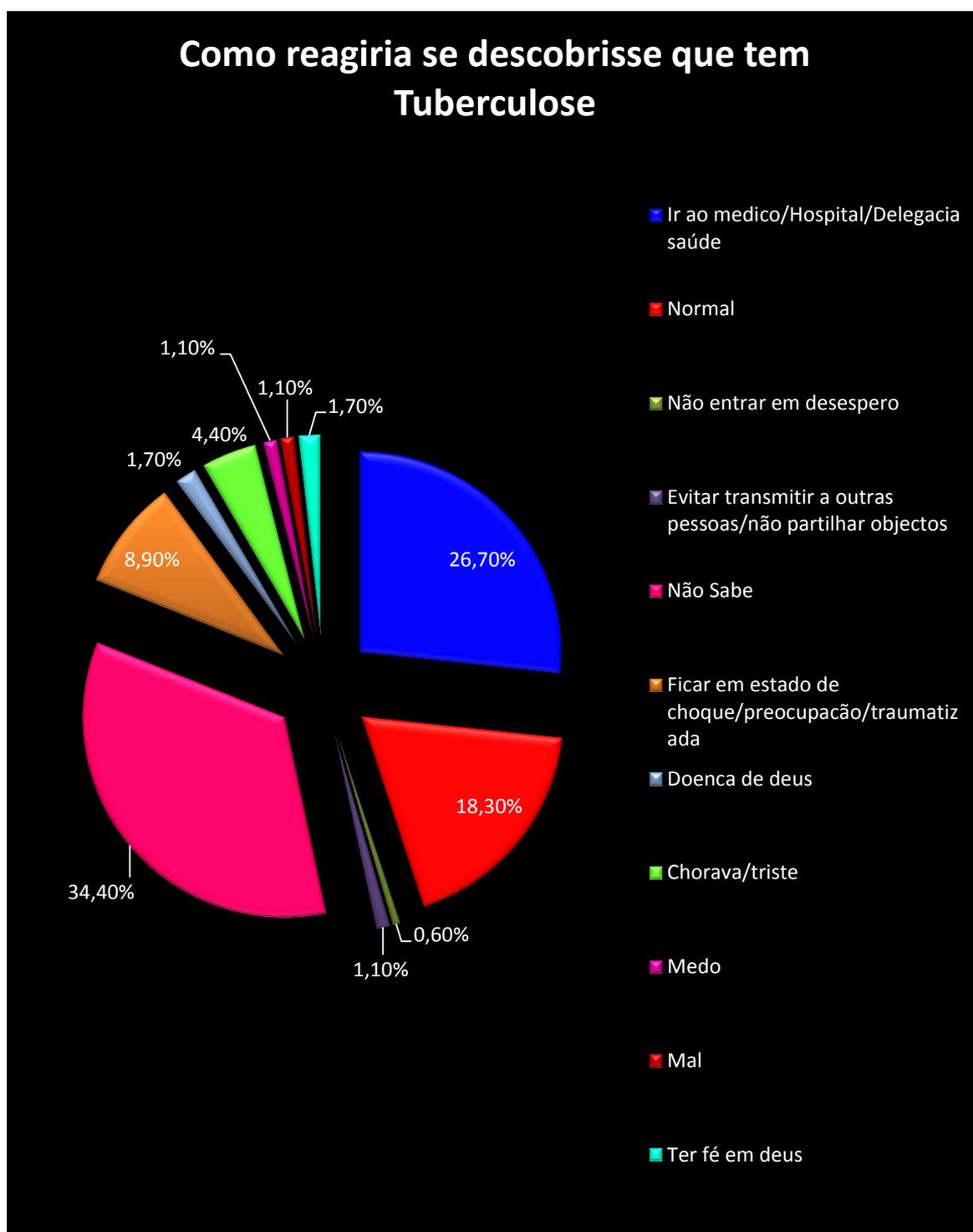
Gráfico 18:



Fonte: Tabela 18

Quando questionados se conhecem alguém que tem ou que já teve TB, as opiniões dividem-se da seguinte forma, 51,1% responderam que “não”, 22,8% da amostra responderam que sim, ou seja, conhecem indivíduos que tem ou que já teve TB, e 26,8% optaram pelo não sabe não responde.

Gráfico 19:



Fonte: Tabela 19

Relativamente ao gráfico a cima, podemos constatar dos 180 inquiridos, 34,4% que equivale há 62 pessoas inquiridos dizem “não saber” como reagiria se descobrisse que tem a TB, 26,7% o que equivale há 48 pessoas inquiridos dizem ir ao médico, hospital e a delegacia de saúde, 18,3% o que equivale há 33 pessoas dizem ficar normal se

descobrisse que tem TB, 1,7% o que equivale há 3 pessoas inquiridas dizem ser doença de Deus, 1,7% o que equivale há 3 pessoas inquiridas dizem ter fé em Deus se descobrissem, em seguida de 0,6% o que equivale há 1 pessoa inquirida diz não entrar em desespero se descobrisse que tem TB.

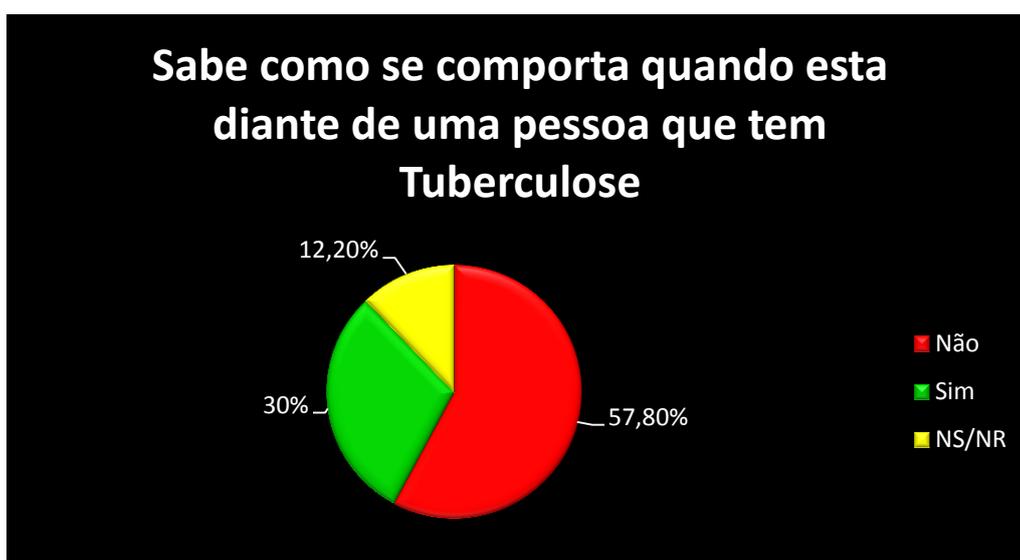
Gráfico 20:



Fonte: Tabela 20

De acordo com o gráfico 20 pode-se constatar que 51,1% do total da amostra, que representam 92 dos inquiridos, dizem não ter convivido com pessoas com TB, enquanto 22,8% que correspondem a 41 dos inquiridos afirmam ter convivido com pessoas com TB e os restantes 26,8% da amostra, que representam 47 inquiridos optaram pelo não sabe não responde.

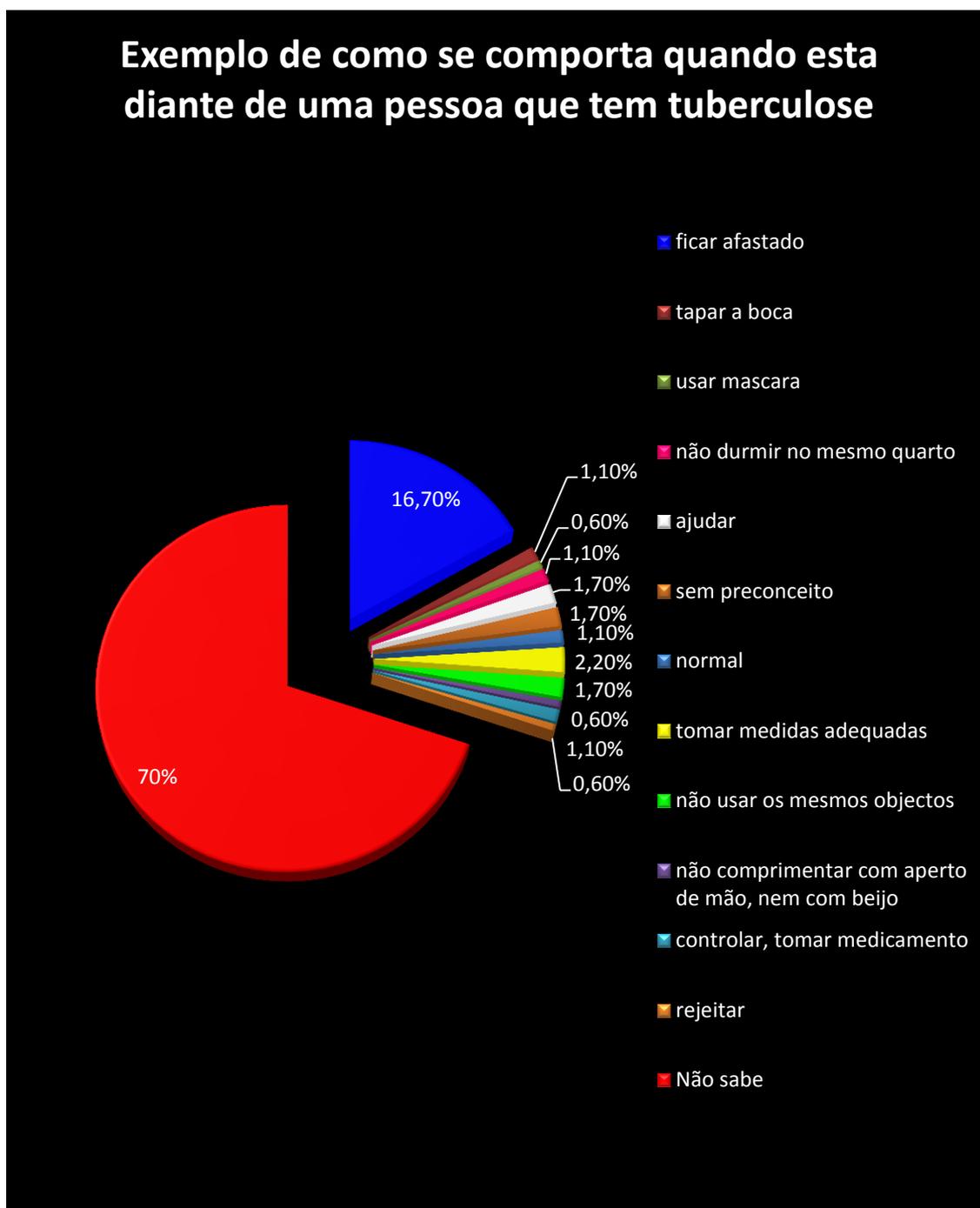
Gráfico 21:



Fonte: Tabela 21

A partir do gráfico 21, verificámos que 100% (180) das pessoas inquiridas, 57,8% (104) não sabem como se comporta diante de uma pessoa com TB, seguidas de 30% (54) referem que sabe como se comporta diante de uma pessoa com TB, 12,2% (22) optaram pelo não sabe não responde.

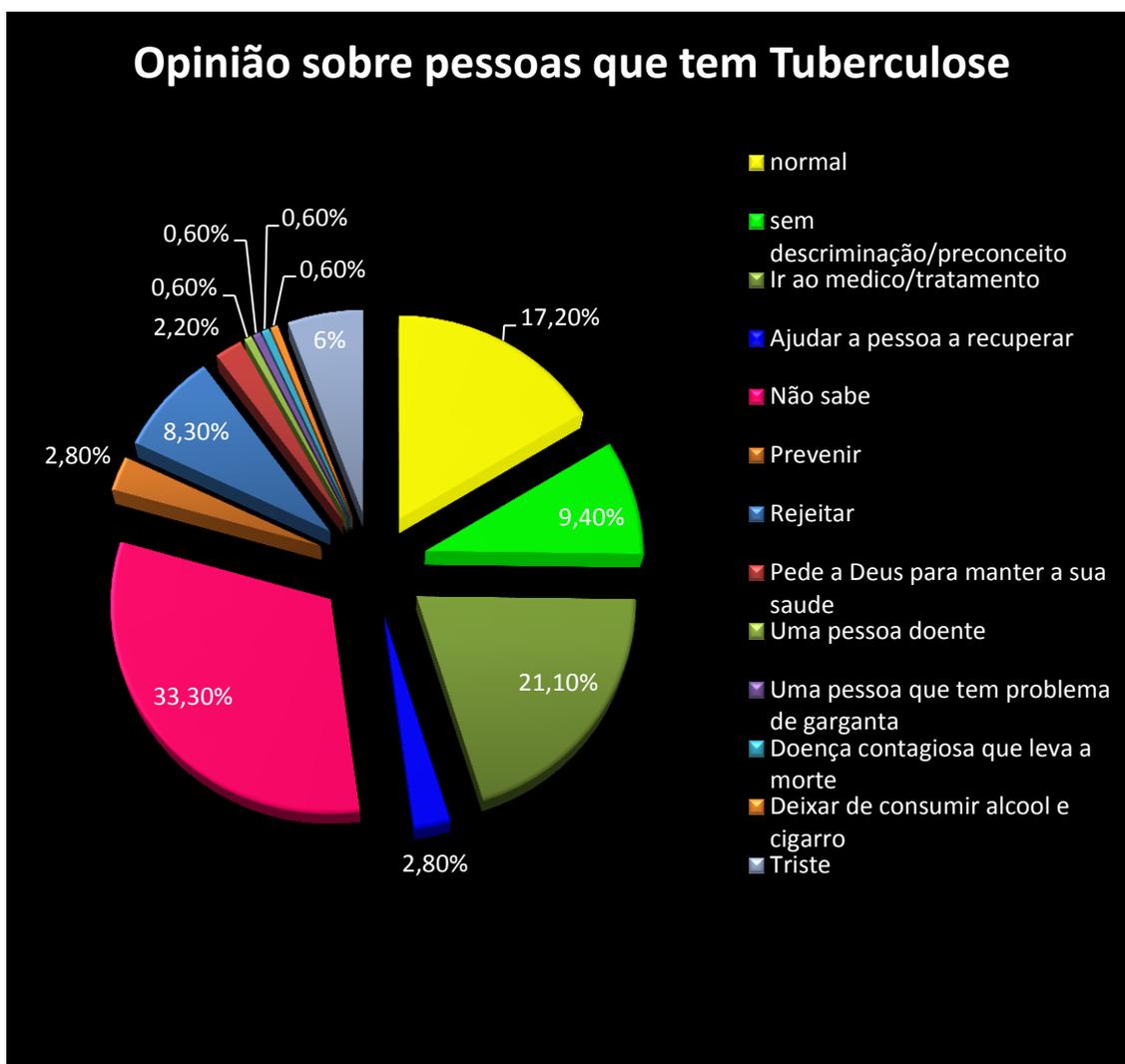
Gráfico 22:



Fonte: Tabela 22

Relativamente ao gráfico 22, verificámos que 100% (180) dos inquiridos, 70% (126) não sabem dar um exemplo de como se comporta diante de uma pessoa com TB, ou seja desconhecem as medidas de precaução.

Gráfico 23:

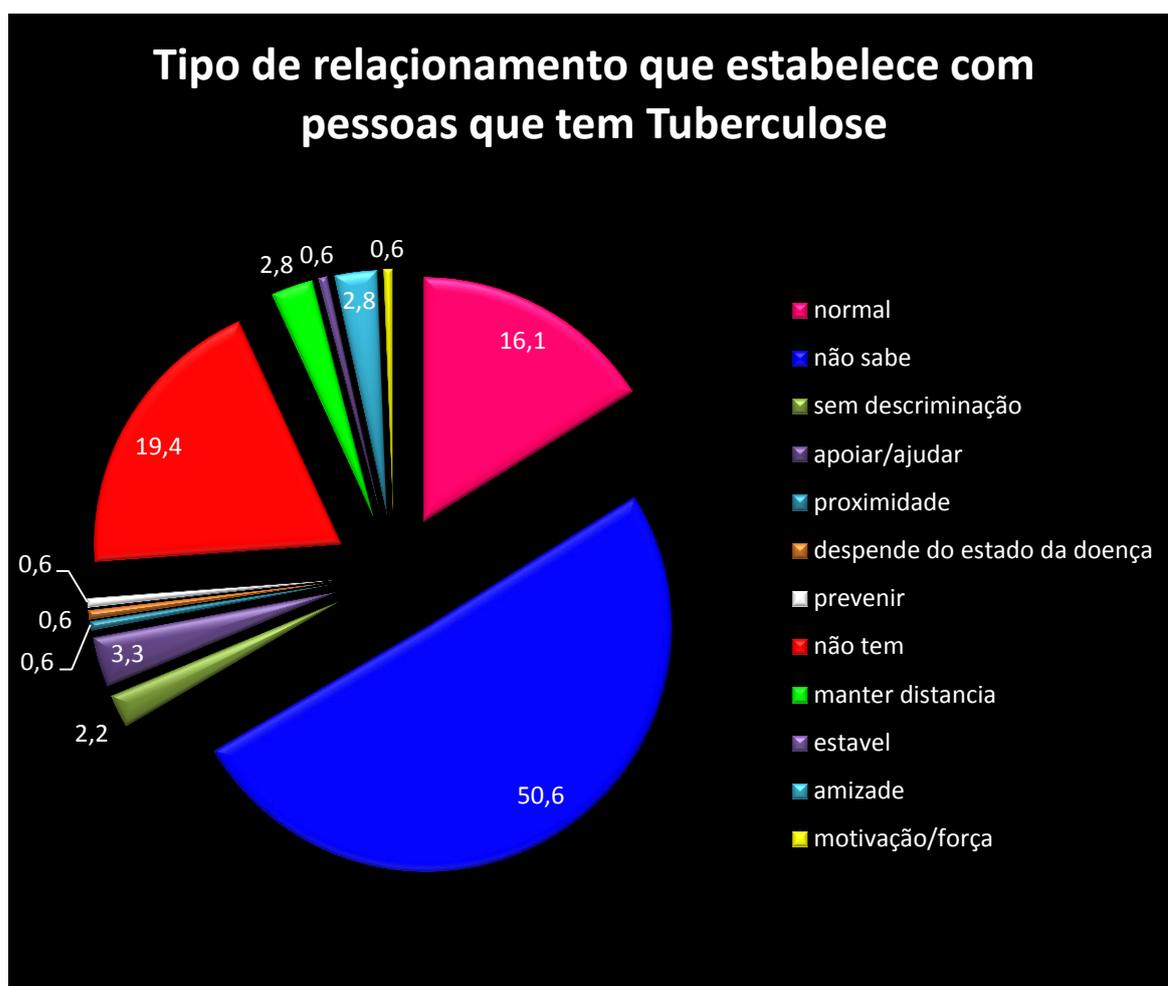


Fonte: Tabela 23

Relativamente ao gráfico 23, constatamos dos 100% dos 180 inquiridos, 33,3% correspondem há 60 pessoas inquiridas não sabem opinar sobre as pessoas sobre as pessoas que tem TB, 21,1% correspondem há 38 pessoas inquiridas acham que as pessoas devem ir ao médico, ou seja, procurar tratamento, 17,2% correspondem há 31 pessoas inquiridas acham uma pessoa com TB normal, 9,4 % correspondem há 17 pessoas pensam que não devemos discriminar e nem ter preconceito com uma pessoa

com TB, em seguida de 8,3 % correspondem há 15 pessoas acham que devemos rejeitar uma pessoa com TB.

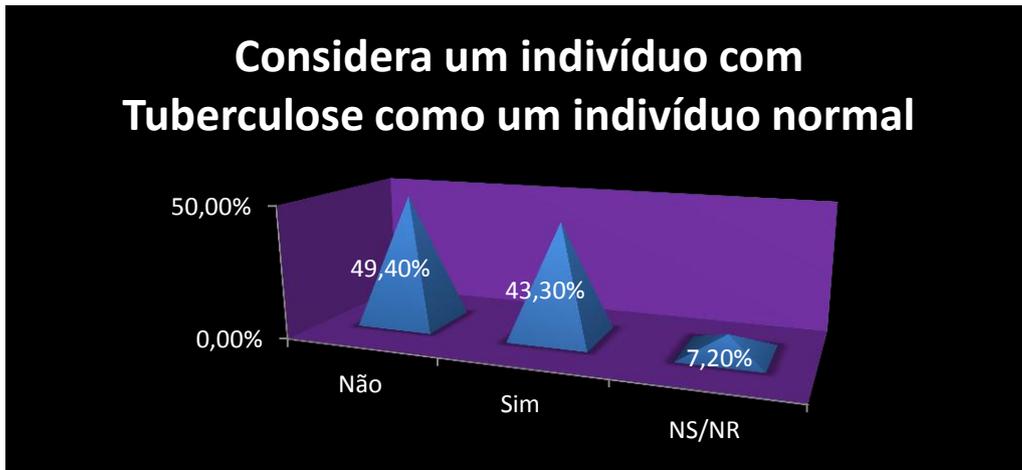
Gráfico 24:



Fonte: Tabela 24

Conforme o gráfico acima refere que dos 180 inquiridos, 50,6% correspondem há 91 pessoas inquiridas não sabem que tipo de relacionamento se têm com uma pessoa com TB, 19,4% correspondem há 35 das pessoas inquiridas não têm relacionamento com uma pessoa com TB, 16,1% correspondem há 29 pessoas inquiridas têm um relacionamento normal com uma pessoa que tem TB, e em seguida de 3,3 % correspondem há 6 pessoas tem de relacionamento de apoio e ajuda perante uma pessoa com TB.

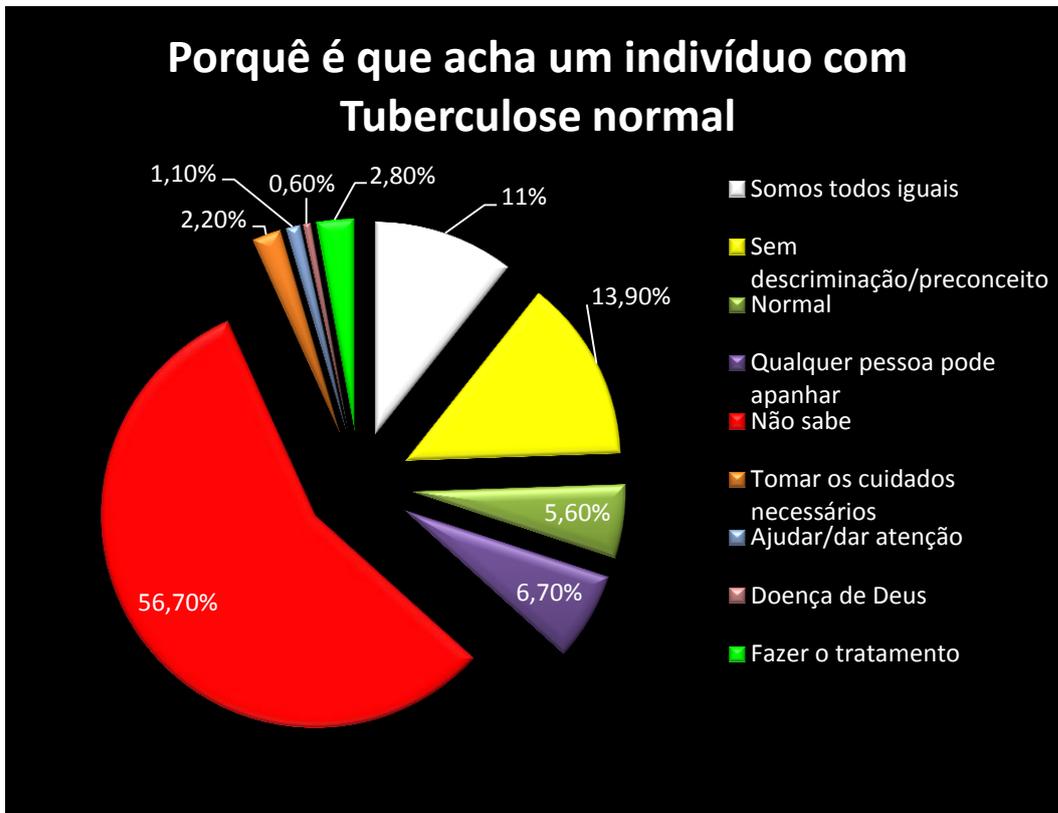
Gráfico 25:



Fonte: Tabela 25

Atendendo ao gráfico 25, constatámos que 49,4% (89) dos inquiridos não consideram um indivíduo com tuberculose como normal, 43,3% (78) consideram que é normal, e o restante 7,2% (13) optou pelo não sabe não responde.

Gráfico 26:

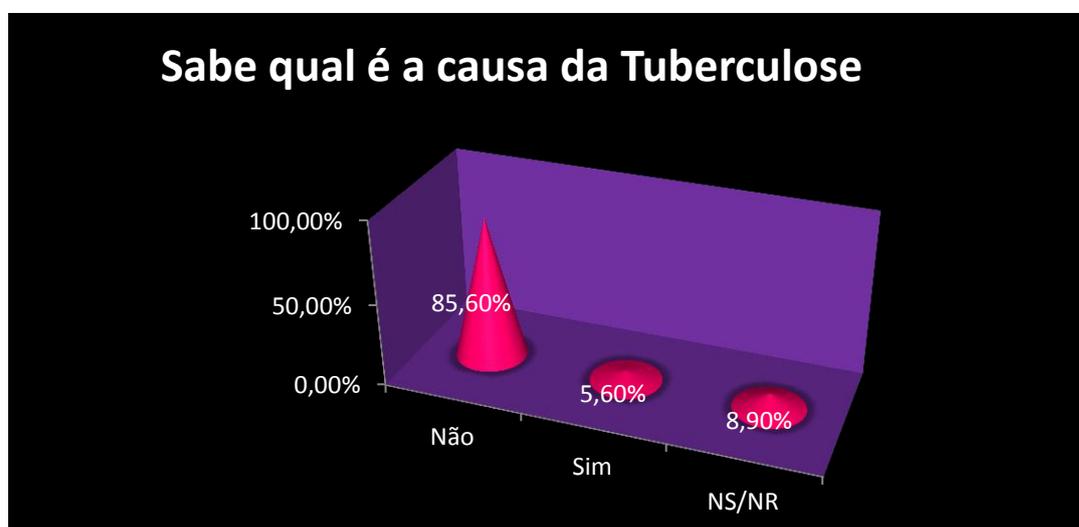


Fonte: Tabela 26

Relativamente ao gráfico 26, podemos constatar que dos 180 inquiridos, 56,7% correspondem 102 pessoas inquiridas que não sabem se uma pessoa com TB é normal

ou não, 13,9% correspondem há 25 pessoas inquiridas acham que devemos tratar uma pessoa com TB sem discriminação e sem preconceito, 6,7% correspondem há 12 pessoas inquiridas acham que qualquer pessoa pode contrair a TB por isso é um individuo normal, 11% correspondem há 19 pessoas inquiridas consideram um individuo com Tuberculose normal porque somos todos iguais, 5,6% correspondem há 10 pessoas inquiridas acham um indivíduo com tuberculose normal, em seguida de 0,6% correspondem há uma pessoa inquirida acha um indivíduo com tuberculose normal porque é doença de Deus.

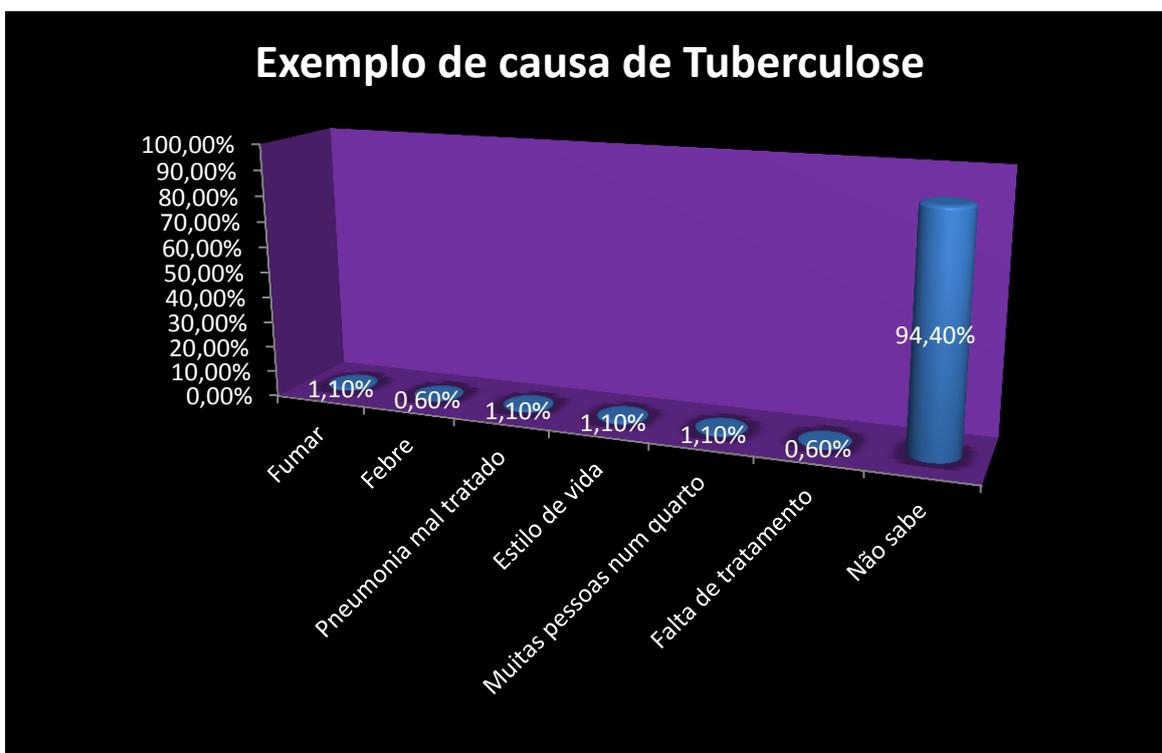
Gráfico 27:



Fonte: Tabela 27

Relativamente ao gráfico 27, constatamos que 85,6% da amostra que equivale a 154 inqueridos referem não saber qual a causa da TB, 5,6% da amostra que representam 10 dos inqueridos referem que sabe qual é a causa da TB, e o restante 8,9% da amostra optou pelo não sabe na responde.

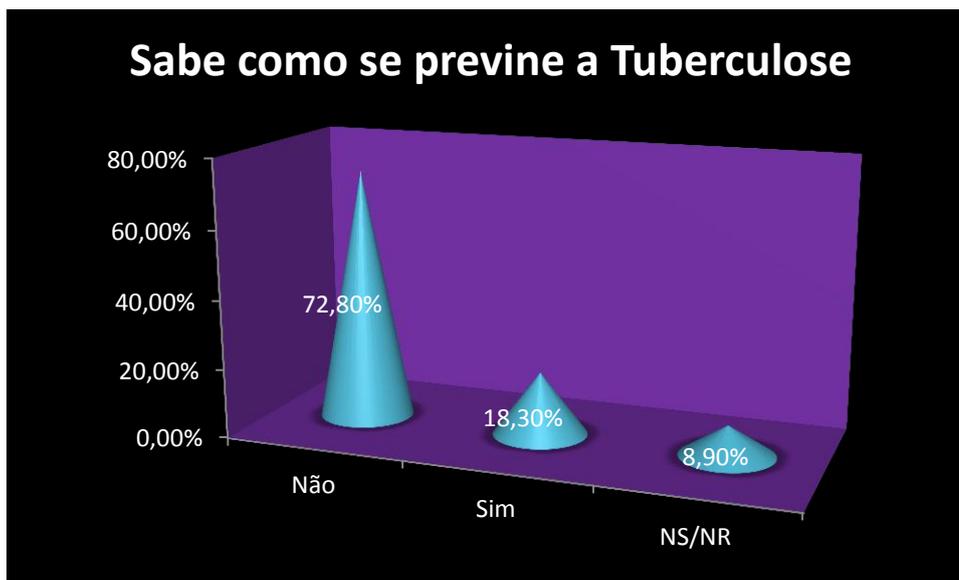
Gráfico 28:



Fonte: Tabela 28

Analisando o gráfico 28, podemos constatar dos 180 inquiridos, 94,4% o que equivale há 170 pessoas inquiridas não sabem dar um exemplo da causa da TB, 1,1% o que equivale há 2 pessoas dão exemplo que fumar é uma das causas da TB, 0,6% o que equivale há uma pessoa inquirida diz que a febre é um exemplo da causa da TB, 1,1% correspondem há 2 pessoas inquiridas dizem que um dos exemplos que causam a TB é a pneumonia mal tratada, 1,1% correspondem há 2 pessoas inquiridas que o estilo de vida é um exemplo que causa a TB, 1,1% correspondem há 2 pessoas acham que muitas pessoas num quarto é um exemplo que causa a TB, em seguida de 0,6% o que equivale há uma pessoa a falta de tratamento é um exemplo da causa da TB.

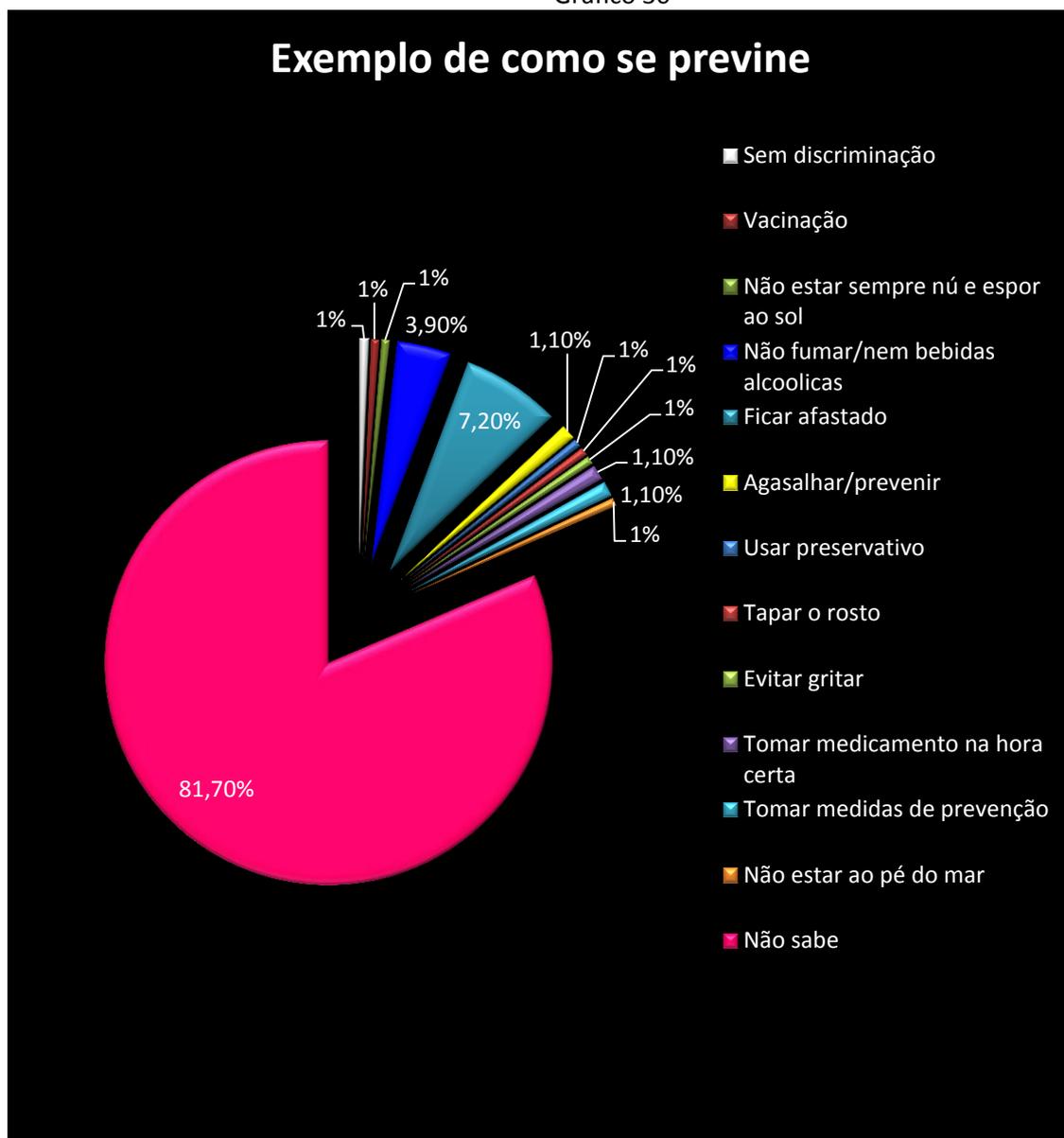
Gráfico 29



Fonte: Tabela 29

De acordo com o gráfico 28 pode-se constatar que 72,8% do total da amostra, que representam 131 dos inquiridos, dizem não saber como se previne a TB, enquanto 18,3% que correspondem a 33 dos inquiridos afirmam ter sim conhecimentos de prevenção da TB e os restantes 8,9% da amostra, que representam 16 inquiridos optaram pelo não sabe não responde.

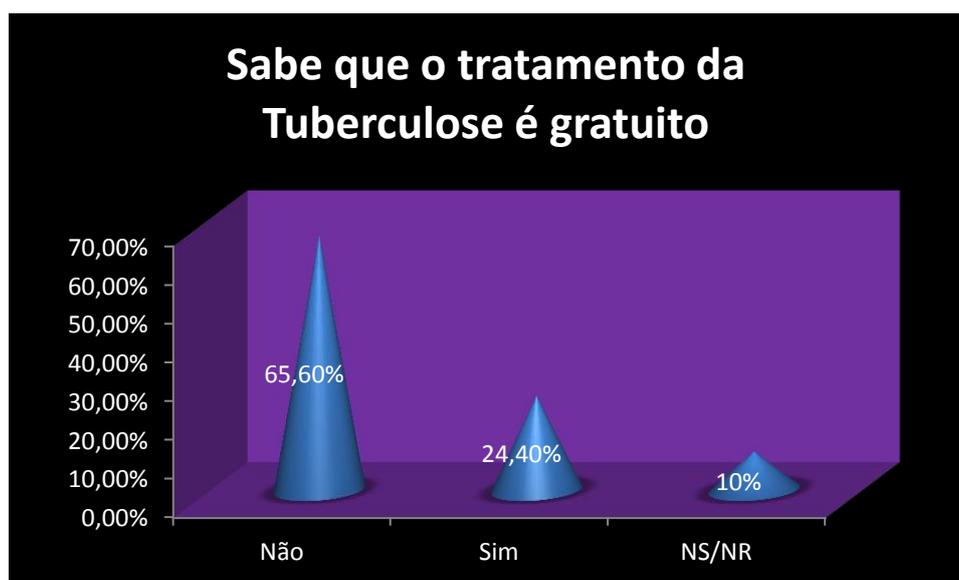
Gráfico 30



Fonte: Tabela 30

Relativamente ao gráfico 30, constatamos dos 180 inquiridos, 81,7% correspondem há 147 pessoas inquiridas que não sabem um exemplo de como se previne a TB, 7,2% correspondem 13 pessoas inquiridas dizem que ficar afastado é um exemplo que pode prevenir a TB, 3,9% correspondem 7 pessoas inquiridas dizem que não fumar e o não uso de bebidas alcoólicas são exemplos que pode prevenir a TB, 1,1% correspondem 2 pessoas inquiridas pensam que agasalhar é um exemplo que se pode prevenir a TB, em seguida de 0,6 % corresponde há 1 pessoa inquirida acha que o uso se preservativo é um exemplo que se prevenir a TB.

Gráfico 31



Fonte: Tabela 31

Atendendo ao gráfico 31, constatámos que 65,6% (108) dos inquiridos não Sabem que o tratamento da tuberculose é gratuito, 24,4% (44) referem que sabe que o tratamento da Tuberculose é gratuito, e o restante 10% (18) optaram pelo não sabe não responde.

6.1 - Breve caracterização da comunidade de São Pedro

São Pedro é uma aldeia piscatória na ilha de São Vicente, Cabo Verde, pertencendo ao concelho homónimo e à freguesia de Nossa Senhora da Luz. Fica a 7 km a sudoeste da cidade do Mindelo, capital da ilha. A nordeste da aldeia localiza-se o aeroporto que serve a ilha.



6.2 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados

Durante a realização da nossa pesquisa, foram entrevistados 180 indivíduos dos quais 102 são do sexo feminino e 72 do sexo masculino, numa faixa etária dos 15 anos de idade aos]66;+∞[anos de idade. No que tange ao estado civil, pudemos observar que a maior parte dos indivíduos em causa são solteiros, (139 dos entrevistados) e 38 são casados/cohabita e viúvos 3. Quanto ao nível de escolaridade, 15 indivíduos são iletrados, 108 possuem o ensino básico, 55 entrevistados afirmaram que frequentaram secundário e 2 ensino superior. No que se refere à profissão dos nossos entrevistados, pudemos notar que a maioria trabalha como pescador, outros são pequenos negociantes, isto é, praticam o seu negócio em sua própria residência e são produtos de primeira necessidade em quantidades muito reduzidas.

6.3 - Constatações dos gráficos

Este trabalho apesar de focalizar somente na comunidade de São Pedro, conseguiu levantar, sistematizar e analisar informações que podem ser de extrema importância para a saúde. Seus resultados certamente poderão servir de subsídios para a elaboração de estratégias específicas de intervenção para o controlo da TB, poderão também contribuir para a elaboração de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento das comunidades e à promoção da equidade, especialmente, no sector da saúde.

Além das actividades de controlo da TB promovida pelos serviços primários de saúde, pensamos que os residentes da comunidade estudados, necessitam de intervenções adicionais, como orientação e aplicação de técnicas adequadas de rastreamento para algumas doenças, como é o caso da TB. Tais medidas propiciariam condições mais favoráveis para aumentar o conhecimento da sociedade, de modo a que reconheça os sinais de alerta das doenças como a TB.

Essa pesquisa quantitativa de opinião pública realizada na comunidade de SP, demonstra que a população não tem conhecimento sobre os diferentes aspectos da TB. Apesar de ser uma doença antiga considerada emergência global pela OMS desde 1993, a falta de informação é ainda um dos principais desafios enfrentados para o seu controlo.

A falta de conhecimento dos inquiridos em relação à TB foi uma categoria observada nos inquéritos. Através dos relatos concluiu-se que a maioria dos inqueridos

não possuía informações mínimas sobre a doença, formas de contágio e a existência de tratamento gratuito.

Foram abordados diferentes aspectos da doença: prevenção, sintomas, formas de transmissão, tratamento, cura. Apesar do elevado percentual dos entrevistados declararem não saber quase nada sobre a doença, os dados permitem afirmar que a comunidade, quando questionado directamente se já ouviu falar da doença 86,7% refere que sim, entretanto torna se algo contraditório, quando abordada a saber o que é a TB, sendo 60% responder não saber o que significa e 4,4% não sabe/ não responde.

De acordo com o questionário aplicado, viu-se que a população de SP na forma como representam a TB determina os comportamentos. Mais ainda, as constatações sobre a TB se reflectem na forma como os mesmos se posicionam em face do risco de contrair a doença. Alguns factores de risco que podem levar a TB como os casos de número de pessoa por quarto, habito de ingerir bebidas alcoólicas, como se previne e a causa da TB podem levar a população a uma predisposição de contrair esta doença futuramente. Sendo assim podemos ver os seguintes resultados:

Cerca de 72,80% não sabe como se previne a TB;

85,6% não sabe qual é a causa da TB;

51,1% ingerem bebidas alcoólicas;

60% não sabem o que é a TB;

63,3% não sabem como se contrai a TB, o mesmo acontece quando questionados para dar um exemplo de como se contrai a TB , em que 20,6% refere não saber, e outros referem saber mas dão como exemplo a troca de objectos, utensílios cortantes, sexo, etc...

57,8% não sabem como se comportam quando esta diante de uma pessoa que tem TB, e 12,2% referem não sabe/não responde.

A partir dos gráficos deste trabalho, pode se dizer que os indivíduos apresentam relativamente um grande défice de conhecimento sobre o que é a TB. Aspectos como número de pessoas por quarto, hábito de ingerir bebidas alcoólicas, como se previne e a causa da TB, estas questões foram levantadas com o intuito de se entender melhor a caracterização da mesma.

6.4 – Relatório (actividades desenvolvidas na comunidade)

Actualmente, há em todos os segmentos de nossa sociedade a preocupação com o meio ambiente e com a saúde pública, porque cada dia que passa temos visto que o

nosso planeta está ameaçado por diversas patologias, e a TB é uma delas, e o pior, é que nós, os seres humanos, ajudamos na propagação das mesmas. O homem, de forma inconsequente, tem provocado diariamente a destruição do seu meio, o que tem colocado em risco a sua própria saúde e a da sua comunidade.

Assim, nesse contexto surgiram a EpS e a PS que podem ser definidas, respectivamente, como as práticas educativas para induzir a população a adquirir hábitos de protecção da nossa pessoa e do meio envolvente, que promovam a saúde e evitem doenças.

A Educação sobre a TB é primordial no âmbito comunitário, como também deve estar presente em casa, para promover hábitos saudáveis necessários à manutenção da saúde e do bem-estar. Pode-se entender por hábito saudável, o comportamento de cuidado com a higiene que se repete periodicamente na vida de uma pessoa ou grupo. Assim, promover hábitos saudáveis na população é a ideia central da EpS, mas cabe destacar que ela não se limita exclusivamente a isso. Numa visão holística e mais abrangente, a EpS se alicerça na concepção de um planeamento que visa resultados positivos, benefícios para todos os envolventes.

Trabalhando a EpS e PS na comunidade de SP, através da actuação curricular como tema TB, com os seguintes objectivos:

6.4.1 - Actividades desenvolvidas

Preliminarmente, apresentamos brevemente um resumo das etapas previstas que estão detalhadas nos tópicos seguintes.

A primeira etapa a ser cumprida se refere à elaboração e reprodução das ideias a serem desenvolvidas ao longo da intervenção comunitária.

Na segunda etapa foi feito contacto com os possíveis parceiros, deslocando para a comunidade de SP, para estabelecer o primeiro contacto com a associação da comunidade, visto ser um ponto de entrada e de apresentação do nosso grupo e a comunidade, com a intenção de conhecer - lhe melhor, expondo as nossas ideias para que cada parceiro possa conhecer todos os detalhes dessa proposta. Com essa parceria foi possível apresentar as actividades para essa comunidade, com o objectivo de transmitir um pouco dos nossos conhecimentos, e também fazer uma breve educação e promoção de saúde, sobre a TB.

A terceira etapa foi a aplicação do questionário para saber qual o nível de conhecimento que a população da comunidade tem acerca da TB, aquando da aplicação do questionário, tivemos como objectivo, criar um clima de confiança para que os sujeitos se sentissem à vontade para responder às questões. Assim, o nosso papel não se limitou somente a fornecer e recolher o questionário, mas também a criar uma relação interpessoal de forma a influenciar o grau de motivação dos respondentes, com essa confiança foi possível fazer a sensibilização da maioria do público envolvido para a participação em algumas actividades a serem desenvolvidas na comunidade abrangendo o tema TB.

A quarta etapa foi a deslocação a comunidade para desenvolver as acções de EpS e PS, por duas vezes, em que dias antes enviamos um aviso, indicando dia, hora e assunto a ser tratado na actividade. Os nossos objectivos a priori não foram atingidos a 100 por cento, por parte das actividades planeadas, porque na primeira tentativa de trabalhar o tema na comunidade foi no dia 18 de Maio, fomos realizar uma primeira intervenção que no caso seria a realização de uma palestra, para transmitir o essencial que devem conhecer sobre a TB, nesse dia o número de pessoas que aderiu não justificava a realização da mesma, então optamos por falar com as pessoas que aderiram de forma individual ou em pequenos grupos, e assim fomos conseguindo transmitir um pouco a nossa mensagem.

Na segunda tentativa, que foi no dia 1 de Junho, apareceu um número de pessoas mais elevado do que a primeira vez, mas aproveitamos mesmo assim a presença dessas pessoas que aderiram as actividades no dia, e tentamos transmitir um pouco do nosso conhecimento, não só a este grupo mas também para os que encontramos na praça dessa comunidade, no mesmo dia. Aproveitamos para colar alguns cartazes nas ruas e nos lugares mais frequentados, de modo a terem uma percepção da doença, distribuimos alguns folhetos informativos sobre a doença que nos foi cedido na Delegacia de Saúde da ilha, para as pessoas tanto nas ruas como em suas casas, e nessa lógica íamos respondendo algumas perguntas das pessoas que leram o folheto e que iam apresentando dúvidas.

Como podemos concluir com este trabalho comunitário, que infelizmente não atendeu satisfatoriamente aos nossos objectivos planeados para essa comunidade devido ao número reduzido de pessoas que aderiu ao nosso plano de actividades, mas que com o questionário conseguimos ver que a maioria da população não tem o conhecimento do que seja a TB, e com essa preocupação tentamos realizar as actividades planeadas,

fazendo EpS/PS para essa população, com o esforço e interesse criamos parcerias com a Enfermeira Aleida Fortes da Delegacia de Saúde, e com a Associação Comunitária para o Desenvolvimento de São Pedro (ACD-SP), para tentar conhecer a comunidade na sua totalidade, com o objectivo de demonstrar as pessoas dessa comunidade que queríamos mesmo transmiti-los informações que são essenciais para o seus conhecimentos.

É primordial saber compreender as necessidades de saúde da população e para tal não basta informar, ou seja, comunicar alguma coisa de que julgamos haver necessidade. É essencial educar, transmitir conhecimentos adequados e pertinentes para a saúde do utente/ família/ comunidade, sendo para tal necessário dar as informações sistematizadas como os ensinios pontuais ou acções de EpS em grupo. Contudo, é também importante fornecer a informação sistematizada integrando-a no devido contexto, ou seja, instruir de modo a dar oportunidade ao utente/família/comunidade de otimizar a sua saúde a fim obter os melhores resultados em termos da mesma. Neste contexto assume primordial importância o facto de tornar os ensinios compreensíveis e claros, através da orientação do utente/ família/ comunidade para as melhores decisões relacionadas com a sua saúde, e também aconselhar e capacitar os indivíduos a tomar as suas próprias decisões. Para tal devemos colaborar, isto é, trabalhar em conjunto com o utente/ família/ comunidade, pois só assim se consegue estimular ou incitar os indivíduos a adoptar comportamentos ditos saudáveis. Cruz (2011:49)

Não podemos deixar de realçar que o enfermeiro ao trabalhar na comunidade o tema EpS contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, estimulando-as em busca de soluções e a organização de acções colectivas.

6.5 - Sessões de Educação para a Saúde

Realizaram-se 2 sessões de educação para a saúde na comunidade relativas à Tuberculose, com o objectivo da promoção de estilos de vida saudáveis, da população em geral. Um das sessões contaram com a colaboração da Enfermeira Aleida.

Sendo que em relação à TB, existem em Cabo Verde várias pessoas que estão infectadas e *“Hoje sabe-se que a adopção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e que a sua detecção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência”* Portal Saúde (2010:1).

Primeiramente, informou-se a população das referidas sessões, posteriormente afixou-se um Aviso, na Associação, nas ruas da comunidade, com a data e hora das referidas sessões de educação para a saúde. Seguidamente, elaborou-se o material a ser apresentado nas referidas sessões.

Todos os ensinamentos efectuados no decorrer deste trabalho, foram uma mais-valia para a educação da população, capacitando-a e incentivando-a para o facto de adquirir conhecimento e autonomia para a resolução dos seus próprios problemas (*empowerment*).

Na intervenção Comunitária, o enfermeiro procura as pessoas da comunidade, trabalha na comunidade, para a comunidade e em parceria com os restantes recursos da comunidade, passando a ser muitas vezes o técnico de referência, para aquela população. Depois de estabelecer uma relação de empatia com aquela população e numa posição privilegiada, relativamente a qualquer outro técnico, que possa ser uma mais-valia para aquela população, ao conhecer os seus problemas e necessidades melhor que ninguém, pois está a trabalhar dentro da comunidade e até mesmo em instalações físicas (Sede da Associação de Moradores) disponibilizadas pela própria população. Esta filosofia corresponderá sem dúvida à realidade presente na aposta do futuro da enfermagem.

7 - Considerações finais

Neste TCC podemos constatar, a partir dos resultados da análise do questionário, que existe um grande défice de conhecimentos por parte dos indivíduos perante a TB. O questionário deixa transparecer que uma grande percentagem dos indivíduos apresentam-se relativamente mal informados quanto às formas de prevenção, transmissão ou seja o que é a TB.

Este olhar da situação faz-nos reflectir como é importante escutar os utentes para observar a capacidade de relação e tentar resgatar os recursos internos para que tenham possibilidade de reconhecer como sujeitos da sua própria saúde e transformação.

Tendo em conta as condições de vida das famílias e das populações, cabe-nos a responsabilidade social de contribuir para a PS e prevenção da doença através da sensibilização.

Na realização dessa prática assistencial, observamos a importância das actividades do enfermeiro para o sucesso do cuidado e EpS com a comunidade. Constatamos que a enfermagem tem um papel indispensável na assistência directa ao usuário, ao fazer parte da equipe interdisciplinar dos profissionais de saúde que actuam como educadores.

Contudo, ao considerarmos que, além das crises e conflitos naturais do próprio ciclo de vida, algumas famílias ainda enfrentam adversidades, como a doença e, em especial, a TB, e que isso as leva a uma condição de fragilidade e de vulnerabilidade, colocando-as em situação de risco, necessitando de um suporte e apoio mútuo e solidário.

Diante disso, enquanto académicos de enfermagem e futuros profissionais de saúde acreditamos que são diversas as atribuições que o enfermeiro adquire e que lhe compete, além de actividades assistências, funções administrativas, deve ser capaz de intervir no processo de educação e na pesquisa, promovendo a saúde, bem como a prevenção e a recuperação da mesma, através de palestras, programas dinâmicos, seminários, discussões e debates com a população em geral.

Contudo, acreditamos que o profissional deve se colocar como educador diante das necessidades da população, contribuindo para um cuidado efectivo, interactivo e construtivo.

A construção do conhecimento, em relação à PS, é um processo que precisa ser realizado de forma constante tendo a participação individual e colectiva, na esfera

familiar, no grupo de trabalho, nos grupos sociais, nas comunidades ou até mesmo nas organizações sociais.

Torna-se cada vez mais pertinente e, conseqüentemente, importante trocar informação sobre a forma de transmissão, prevenção e tratamento, com ênfase para as situações de risco. Avaliar precocemente os comportamentos de riscos é essencial pois há necessidade de, com a participação dos utentes, serem encontradas estratégias com o fim de os superar. Esta avaliação é muito importante no impacto de vida de cada um.

A acção de EpS é um processo que tem como objectivo capacitar indivíduos ou grupos para ajudarem na melhoria das condições de saúde das populações. Os profissionais de saúde e a população devem compreender que a saúde na comunidade depende das intenções levadas a cabo pelos serviços de saúde mas também resultam em larga escala pelo esforço da própria população através da sua motivação, da aquisição de conhecimentos, da sua compreensão, reflexão e sobretudo da adopção de práticas de saúde.

Os esforços na EpS devem ser encarados numa perspectiva de cidadania, em que todos os cidadãos têm um papel a desempenhar, mas é consensual que os enfermeiros devem assumir um papel de relevo. Como profissionais de saúde as nossas intervenções integram processos educativos que promovem o cuidado responsável do utente e comunidade. Cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

Mas no trabalho realizado não conseguimos alcançar os nossos objectivos a cem por cento, mas mesmo assim esta experiência permitiu que fossem ampliadas as capacidades de cada um de nos, sendo que a união e o companheirismo potencializaram o grupo. Crescemos, aprendemos, conquistamos amizades e conhecimentos, sendo que agora somos capazes de actuar como profissionais comprometidos com os ideais da profissão, esta prática nos fez querer que a enfermagem é algo maior, que todo o empenho e esforço despendido para o crescimento da profissão valem a pena, não importando o quanto uma tarefa pode ser difícil, pois ao final os frutos são o que nos fortalecem.

8 - Referências Bibliográficas

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – ASCOM. (Ed.) (2002). *Guia Tuberculose. Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília. Centro Nacional de Epidemiológica. Fundação Nacional de Saúde/ MS.

BARRETO, Jorge (2012). *Guia Técnico de controlo da Tuberculose*. Praia: Ministério de Saúde.

BRASIL (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica*. 6. ed. rev. eampl. . Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL (2008). Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf_trtados.html>. Acesso em: 25 maio 2013.

BUSS, P. M. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência & Saúde Colectiva, 5 (1), 163.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2008). *Linhas de Orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente*. 2ª Edição, Genebra, Internacional Council of Nurses.

CRUZ, Maria de Fátima Fonseca (2011). Educação Para A Saúde - Intervenção Comunitária aos Três Níveis de Prevenção - Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária. Lisboa, Maio de 2011

FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Ed. Lusociência.

HANSON, Shirley (2001) - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*- Teoria, Prática e Investigação, Lisboa: Lusociência.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_tdo_tb.pdf acessado em: 17-12-12, 23:13

JÚNIOR, Ailton Cezário Alves, SILVA, Cláudia Hermínia Lima, MOURA, Edílson Corrêa (2006). *Atenção à saúde do adulto tuberculose: Saúde em casa*. 1ª Edição, secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaTuberculose.pdf> Acessado 18-12-12, 18:25

KRITSKI, Afrânio L.; CONDE, Marcus B.; SOUZA, Gilvan R. Muzi (2005) *Tuberculose: do ambulatório à Enfermaria*. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade (1990) - *Técnicas de Pesquisa*. 2ª ed. São Paulo: Atlas.

LANCASTER, Jeanette - História da Saúde e Enfermagem Comunitária. In STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*, Lisboa: Lusociência.

LAVERACK, Glenn (2004). *Promoção de Saúde. Poder e Empoderamento*. Lusodidactica – soc. Portuguesa de material didáctico, Lda. LOURES

LIMA, M. A. D. S. (1996) *Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem*. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. V.17, n.2, p. 87-91,

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). Fundação Nacional de saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço*. 5th ed. Rio de Janeiro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). *Manual Técnico para o Controle da Tuberculose*. Cadernos da Atenção Básica nº6 Série. Normas e Manuais Técnicos; nº148. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde.

MURRAY, J.F. e LOPES, A.L (1996). *Linhas de Orientação para enfermeiros no cuidado e controle da tuberculose*, 2ª edição. International Council of Nurses.

Org. BARREIRA, Dráurio, ARAKAKI-SANCHEZ Denise, BRITO, Rossana Coimbra (2010). *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf acessado em: 18-12-12, 00:19

Org. EVANGELISTA, Maria do Socorro Nantua; ASSIS, Maria Cândida Motta; GOMES, Ademir de Albuquerque (2011). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Tratamento directamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

Org. FERREIRA, Sandra Rejane Soares; GLASENAPP, Rosane; FLORES, Rui (2011). *Tuberculose na Atenção Primária à Saúde*; Ministério Da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro Federal de Ensino e Pesquisa em Saúde, Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre – RS. 1ª ed. ampliada - Março de 2011. Hospital Nossa Senhora Conceição S.A. disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/tuberculosisenaatencao.pdf> acessado em: 17-12-12, 22:56

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (1991). *De alma ata al ano 2000: reflexões a médio camino*. Genebra.

PEREIRA, A. L. (2003). *Educação em saúde. In: Ensinando a cuidar em Saúde Pública*. Difusão.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª edição. Lisboa: Ed. Gradiva, Janeiro.

REDE TB. Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. **A história da tuberculose**. Disponível em: <<http://redetb.org/a-historia-da-tuberculose>>. Acesso em 25-05-13: 23:40

Rocha, Albertina; Cruz, José António; Fermine, Sónia Maria Dias Alves (2013). *Tuberculose Pulmonar: Conhecer para Melhor Cuidar*. Universidade do Mindelo. Escola Superior de Saúde, Conclusão do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Mindelo

Rodrigues, Manuel; Pereira, Anabela; Barroso, Teresa (s/ano). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Edição; Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra.

SANTOS, Josie da Silva; BECK, Sandra Trevisan (2009). *A co-infecção tuberculose e HIV: um importante desafio* - Artigo de revisão. **RBAC**, v. 41, n. 3, p. 209-215.

SILVA, Fabiana Cristina (2005). *Tuberculose Pulmonar*. Monografia (Especialização em Fisioterapia Respiratória em UTI e VM com Ênfase em Clínica Médica) – Centro Universitário Capital, São Paulo, SP, - Disponível em: <<http://www.caps cursos.com.br/docs/TUBERCULOSE%20PULMONAR.pdf>>. Acesso em: 17-12-12, 00:40

SILVA, M.O. (2004) *Plano educativo. In: Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Editora Atheneu.

9 - Índice de anexos

Anexo I – Questionário aplicado na comunidade	Erro! Marcador não definido.
Anexo II - Consentimento Livre e Esclarecido	Erro! Marcador não definido.
Anexo III – Tabelas do questionário	Erro! Marcador não definido.

Anexo I – Questionário aplicado na comunidade

Estudo sobre o conhecimento da tuberculose em São Pedro

Nº _____

Boa tarde, sou _____, estudante de enfermagem, e estamos a realizar um estudo sobre o conhecimento da tuberculose. Assim agradecemos a sua participação neste estudo, respondendo-nos algumas perguntas.

Sexo

Masculino.....1
Feminino2

P1 - Idade

15-25anos.....1
26-35anos.....2
36-45anos.....3
46-55anos.....4
56-65anos5
66e + anos6
NS/NR.....10

P2 - Estado Civil

Solteiro (a)1
Casado (a) / Cohabita2
Viúvo (a)3
Divorciado (a)4
NS/NR10

P3 - Escolaridade

Sem habilitação1
Ensino básico2
Ensino Secundário3
Ensino médio4
Ensino superior5
NS/NR10

P4-Exerce alguma actividade profissional?

Empregado1
Desempregado2
Estudante3

P5 - Quantas pessoas residem em sua casa?

P6 - Quantos quartos têm a residência?

Um quarto1

Dois quartos2
Três quartos.....3
Quatro quartos4
Mais de cinco quartos5
NS/NR10

P7 - Número de pessoas por quarto

Uma pessoa1
Duas pessoas.....2
Três pessoas3
Quatro pessoas4
Mais de cinco pessoas5
NS/NR10

P8 - Condição de ocupação da casa?

Casa alugada1
Casa própria2
Casa cedida3
Outros. Qual?.....4
NS/NR10

P9 - Foi vacinado com contra tuberculose?

Não1
Sim2

P10- Apresenta a cicatriz vacinal?

[Este item deverá ser verificado pelo entrevistador]

Não1
Sim.....2

P11 - O Sr. (a) fuma? Se sim, quantos por dia?

Não1
Sim2
NS/NR10

P12 - O Sr. (a) tem o hábito de ingerir bebida alcoólica?

Não1
Sim2
NS/NR10

P13 - O Sr. (a) tem uma boa alimentação?

Não1

Sim2
NS/NR10

SOBRE TUBERCULOSE

Agora vamos falar um pouco sobre a tuberculose.

P14 - Já ouviu falar de tuberculose?

Não1
Sim2
NS/NR10

P15 - Sabe o que é tuberculose?

Não1
Sim2
NS/NR10

P16 - Sabe como é que se apanha a tuberculose?

Não1
Sim2
NS/NR10

P17 - Se sim, poderia dar-me algum exemplo?

P18 - Conhece alguém que tem ou já teve tuberculose?

Não1
Sim2
NS/NR 10

P19 - Se descobrisse que tem tuberculose, como reagiria?

P20 - No seu meio social tem convivido com pessoas que tem tuberculose?

Não1
Sim2
NS/NR10

P21 - Sabe como é que se comporta quando esta diante de uma pessoa que tem tuberculose?

Não1
Sim2
NS/NR10

P22 - Se Sim, poderia dar-me algum exemplo?

P23 - Qual é a sua opinião sobre pessoas que tem tuberculose?

P24 - Que tipo de relacionamento estabelece com essas pessoas?

P25 - Considera um indivíduo tuberculoso como um indivíduo normal?

Não1
Sim2
NS/NR10

P26 - Porquê é que acha que um indivíduo com tuberculose é normal?

P27 - Sabe qual é a causa da tuberculose?

Não1
Sim2
NS/NR10

P28 - Se sim, poderia citar algum exemplo?

P29 - Sabe como se previne a tuberculose?

Não1
Sim2
NS/NR10

P30 - Se sim, poderia dar-me algum exemplo?

P31 - Sabes que o tratamento da tuberculose é gratuito?

Não1
Sim2
NS/NR10

Muito obrigado pela sua participação

O inquiridor _____.

Anexo II - Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados sobre a pesquisa:

Tema do Projecto: “Tuberculose e a sociedade: Educação para a Saúde/Promoção de Saúde uma estratégia para o controlo da doença”

Pesquisadores: Gilda Pimentel, Nivaldo Castro e Telma Spencer

Coordenador do projecto: Dr. Luís Alberto Flores Roque

A tuberculose é uma doença causada por uma bactéria que se espalha pelo ar e seu contágio ocorre de pessoa para pessoa através da tosse, espirro ou da fala, etc. Geralmente essa bactéria ataca os pulmões e seus principais sintomas são tosse por mais de três semanas, além de febre, suores nocturnos e perda de peso. Apesar de ser uma doença curável, quando tratada adequadamente. O objectivo desse estudo é de investigar alguns factores que ajudam na propagação da doença, com isso poderemos contribuir para a melhoria nas acções destinadas ao controle da tuberculose, facilitando a diminuição de casos de tuberculose na comunidade e também no país.

A sua participação no estudo colabora com a descrição dos factores de risco para a tuberculose na comunidade de São Pedro, pois devido ao estilo de vida, muitas pessoas se torna vulnerável à doença.

Esse estudo poderá trazer benefícios à comunidade de São Pedro, auxiliando na elaboração de políticas públicas específicas relativas, controle da doença na comunidade e a melhoria do relacionamento entre profissionais da saúde e residentes, condições essenciais ao tratamento adequado da doença. Declaro que esse estudo não causará nenhum desconforto ou risco ao entrevistado, pois o instrumento a ser utilizado será apenas um questionário no qual a sua identidade será mantida em sigilo.

O entrevistado está sendo convidado a participar da pesquisa, logo terá total liberdade de desistir do estudo ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem a necessidade de justificativas e a desistência não prejudicará sua assistência.

Portanto sua assistência será assegurada durante toda a pesquisa e lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o entrevistado queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido, pelos pesquisadores, concordei em participar do projecto de pesquisa acima.

Data ___/___/___

Assinatura _____

Endereço _____

(Observação: Este termo de consentimento será preenchido em duas vias sendo que uma delas deverá ficar com o paciente e o outro com o pesquisador)

Anexo III – Tabelas do questionário

Sexo

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem Acumulativa
Válido	Masculino	78	43,3	43,3	43,3
	Feminino	102	56,7	56,7	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 1

Idade

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem Acumulativa
Válido	15 -25 Anos	45	25,0	25,0	25,0
	26 -35 Anos	66	36,7	36,7	61,7
	36 -45 Anos	28	15,6	15,6	77,2
	46 -55 Anos	28	15,6	15,6	92,8
	56 -65 Anos	8	4,4	4,4	97,2
	Maior 66 Anos	5	2,8	2,8	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 2

Estado civil

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem Acumulativa
Válido	Solteiro (a)	139	77,2	77,2	77,2
	Casado (a) / Cohabita	38	21,1	21,1	98,3
	Viúvo(a)	3	1,7	1,7	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 3

Escolaridade

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem Acumulativa
Válido	Sem habilitações	15	8,3	8,3	8,3
	Ensino básico	108	60,0	60,0	68,3
	Ensino secundário	55	30,6	30,6	98,9
	Ensino superior	2	1,1	1,1	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 4

Número de pessoas que residem na casa

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem Acumulativa
Válido	1	4	2,2	2,2	2,2
	2	5	2,8	2,8	5,0
	3	9	5,0	5,0	10,0
	4	44	24,4	24,4	34,4
	5	37	20,6	20,6	55,0
	6	30	16,7	16,7	71,7
	7	19	10,6	10,6	82,2
	8	9	5,0	5,0	87,2
	9	7	3,9	3,9	91,1
	10	5	2,8	2,8	93,9
	11	5	2,8	2,8	96,7
	12	2	1,1	1,1	97,8
	13	1	,6	,6	98,3
	14	1	,6	,6	98,9
	17	2	1,1	1,1	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 5

Número de quartos que tem a residência

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Um quarto	23	12,8	12,8	12,8
	Dois quartos	80	44,4	44,4	57,2
	Três quartos	50	27,8	27,8	85,0
	Quatro quartos	15	8,3	8,3	93,3
	Mais que cinco quartos	12	6,7	6,7	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 6

Número de pessoas por quarto

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Uma pessoa	14	7,8	7,8	7,8
	Duas pessoas	94	52,2	52,2	60,0
	Três pessoas	50	27,8	27,8	87,8
	Quatro pessoas	19	10,6	10,6	98,3
	Mais que cinco pessoas	3	1,7	1,7	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 7

Condições de ocupação da casa

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Casa alugada	8	4,4	4,4	4,4
	Casa própria	162	90,0	90,0	94,4
	Casa cedida	9	5,0	5,0	99,4
	NS/NR	1	,6	,6	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 8

Foi vacinado contra a Tuberculose (BCG)

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	11	6,1	6,1	6,1
	Sim	169	93,9	93,9	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 9

Apresenta a cicatriz da vacina

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	11	6,1	6,1	6,1
	Sim	169	93,9	93,9	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 10

Fuma

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	155	86,1	86,1	86,1
	Sim	25	13,9	13,9	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 11

Tem o hábito de ingerir bebida alcoólica

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	88	48,9	48,9	48,9
	Sim	92	51,1	51,1	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 12

Tem uma boa alimentação

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	45	25,0	25,0	25,0
	Sim	133	73,9	73,9	98,9
	NS/NR	2	1,1	1,1	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 13

Já ouviu falar da Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	24	13,3	13,3	13,3
	Sim	156	86,7	86,7	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 14

Sabe o que é Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	108	60,0	60,0	60,0
	Sim	64	35,6	35,6	95,6
	NS/NR	8	4,4	4,4	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 15

Sabe como é que se apanha Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	114	63,3	63,3	63,3
	Sim	53	29,4	29,4	92,8
	NS/NR	13	7,2	7,2	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 16

Exemplo de como se apanha Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Fala / respiração / conversa	24	13,3	13,3	13,3
	Tosse	13	7,2	7,2	20,6
	Sol / geada	1	,6	,6	21,1
	Fumo	6	3,3	3,3	24,4
	Compartilhar mesmo quarto	1	,6	,6	25,0
	Resfriado / vestir errado	1	,6	,6	25,6
	Objectos cortantes	1	,6	,6	26,1
	Sexo	1	,6	,6	26,7
	Troca de objectos	2	1,1	1,1	27,8
	Gripe sem tratamento	1	,6	,6	28,3
	Infecção no pulmão	2	1,1	1,1	29,4
	Não sabe	127	70,6	70,6	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 17

Conhece alguém que tem ou já teve Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	92	51,1	51,1	51,1
	Sim	41	22,8	22,8	73,9
	NS/NR	47	26,1	26,1	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 18

Como reagiria se descobrisse que tem Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Ir ao médico / hospital / delegacia de saúde	48	26,7	26,7	26,7
	Normal	33	18,3	18,3	45,0
	Não entrar em desespero	1	,6	,6	45,6
	Evitar transmitir a outras pessoas / não partilhar objectos	2	1,1	1,1	46,7
	Não sabe	62	34,4	34,4	81,1
	Ficar em estado de choque / preocupado / traumatizado	16	8,9	8,9	90,0
	Doença de Deus	3	1,7	1,7	91,7
	Chorava / triste	8	4,4	4,4	96,1
	Medo	2	1,1	1,1	97,2
	Mal	2	1,1	1,1	98,3
	Ter fé em Deus	3	1,7	1,7	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 19

Tem convivido com pessoas que tem Tuberculose no seu meio social

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	92	51,1	51,1	51,1
	Sim	41	22,8	22,8	73,9
	NS/NR	47	26,1	26,1	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 20

Sabe como se comporta quando esta diante de uma pessoa que tem Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	104	57,8	57,8	57,8
	Sim	54	30,0	30,0	87,8
	NS/NR	22	12,2	12,2	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 21

Exemplo de como se comporta quando esta diante de uma pessoa que tem Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Ficar afastado	30	16,7	16,7	16,7
	Tapar a boca	2	1,1	1,1	17,8
	Usar mascara	1	,6	,6	18,3
	Não dormir no mesmo quarto	2	1,1	1,1	19,4
	Ajudar	3	1,7	1,7	21,1
	Sem preconceito	3	1,7	1,7	22,8
	Normal	2	1,1	1,1	23,9
	Tomar medidas adequadas	4	2,2	2,2	26,1
	Não usar os mesmos objectos	3	1,7	1,7	27,8
	Não cumprimentar com aperto de mão, nem com beijo	1	,6	,6	28,3
	Controlar, tomar medicamento	2	1,1	1,1	29,4
	Rejeitar	1	,6	,6	30,0
	Não sabe	126	70,0	70,0	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 22

Opinião sobre as pessoas que tem tuberculose

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válido	Porcentagem acumulativa
Válido	Normal	31	17,2	17,2	17,2
	Sem discriminação/preconceito	17	9,4	9,4	26,7
	Ir ao médico/tratamento	38	21,1	21,1	47,8
	Ajudar a pessoa a recuperar	5	2,8	2,8	50,6
	Não sabe	60	33,3	33,3	83,9
	Prevenir	5	2,8	2,8	86,7
	Rejeitar	15	8,3	8,3	95,0
	Pede a Deus para manter a sua saúde	4	2,2	2,2	97,2
	Uma pessoa doente	1	,6	,6	97,8
	Uma pessoa que tem problema de garganta	1	,6	,6	98,3
	Doença contagiosa que leva a morte	1	,6	,6	98,9
	Deixar de consumir álcool e cigarro	1	,6	,6	99,4
	Triste	1	,6	,6	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 23

Tipo de relacionamento que estabelece com pessoas que tem tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Normal	29	16,1	16,1	16,1
	Não sabe	91	50,6	50,6	66,7
	Sem discriminação	4	2,2	2,2	68,9
	Apoiar/ajudar	6	3,3	3,3	72,2
	Proximidade	1	,6	,6	72,8
	Depende do estado da doença	1	,6	,6	73,3
	Prevenir	1	,6	,6	73,9
	Não tem	35	19,4	19,4	93,3
	Manter distancia	5	2,8	2,8	96,1
	Estável	1	,6	,6	96,7
	Amizade	5	2,8	2,8	99,4
	Motivação/força	1	,6	,6	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 24

Considera um indivíduo com Tuberculose como um indivíduo normal

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	93	51,7	51,7	51,7
	Sim	74	41,1	41,1	92,8
	NS/NR	13	7,2	7,2	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 25

Porquê é que acha um indivíduo com Tuberculose normal

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Somos todos iguais	19	10,6	10,6	10,6
	Sem discriminação/preconceito	25	13,9	13,9	24,4
	Normal	10	5,6	5,6	30,0
	Qualquer pessoa pode apanhar	12	6,7	6,7	36,7
	Não sabe	102	56,7	56,7	93,3
	Tomar os cuidados necessários	4	2,2	2,2	95,6
	Ajudar/dar atenção	2	1,1	1,1	96,7
	Doença de Deus	1	,6	,6	97,2
	Fazer o tratamento	5	2,8	2,8	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 26

Sabe qual é a causa da Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	154	85,6	85,6	85,6
	Sim	10	5,6	5,6	91,1
	NS/NR	16	8,9		100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 27

Exemplo de causa de Tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Fumar	2	1,1	1,1	1,1
	Febre	1	,6	,6	1,7
	Pneumonia mal tratado	2	1,1	1,1	2,8
	Estilo de vida	2	1,1	1,1	3,9
	Muitas pessoas num quarto	2	1,1	1,1	5,0
	Falta de tratamento	1	,6	,6	5,6
	Não sabe	170	94,4	94,4	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 28

Sabe como se previne a tuberculose

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	131	72,8	72,8	72,8
	Sim	33	18,3	18,3	91,1
	NS/NR	16	8,9	8,9	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 29

Exemplo de como se previne

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Sem discriminação	1	,6	,6	,6
	Vacinação	1	,6	,6	1,1
	Não estar sempre nu e expor ao sol	1	,6	,6	1,7
	Não fumar/nem bebidas alcoólicas	7	3,9	3,9	5,6
	Ficar afastado	13	7,2	7,2	12,8
	Agasalhar/prevenir	2	1,1	1,1	13,9
	Usar preservativo	1	,6	,6	14,4
	Tapar o rosto	1	,6	,6	15,0
	Evitar gritar	1	,6	,6	15,6
	Tomar medicamento na hora certa	2	1,1	1,1	16,7
	Tomar medidas de prevenção	2	1,1	1,1	17,8
	Não estar ao pé do mar	1	,6	,6	18,3
	Não sabe	147	81,7	81,7	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 30

Sabe que o tratamento da Tuberculose é gratuito

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem acumulativa
Válido	Não	118	65,6	65,6	65,6
	Sim	44	24,4	24,4	90,0
	NS/NR	18	10,0	10,0	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Tabela 31